

ESSAI
SUR LES
PSEUDO-PARALYSIES GÉNÉRALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L. BLACHE

Né à Privas (Ardèche).



LYON

IMPRIMERIE CHANOINE, LÉON DELAROCHE ET C^{ie}, Successeurs

10, Place de la Charité, 10

Juillet 1884



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554216_0040

ESSAI
SUR LES
PSEUDO-PARALYSIES GÉNÉRALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L. BLACHE

Né à Privas (Ardèche).



LYON

IMPRIMERIE CHANOINÉ, LÉON DELAROCHE ET C^{ie}, SUCCESSEURS

10, Place de la Charité, 10

Juillet 1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN
BONDET.	} ASSESSEURS
CROLAS	
MONOYER	

PROFESSEURS, PROFESSEURS ADJOINTS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	MORAT,
Anatomie générale et histologie.. . . .	RENAUT
Anatomie pathologique.	TRIPIER (RAYMOND)
Médecine expérimentale et comparée.	CHAUVEAU
Chimie minérale.	GLÉNARD
Chimie organique et toxicologie.	CAZENEUVE
Physique médicale.	MONOYER
Zoologie et Anatomie comparée.. . . .	LORTET
Pharmacie.	CROLAS
Pathologie interne.	J. TEISSIER
Pathologie externe.	BERNE
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET
Hygiène.	ROLLET
Thérapeutique.	SOULIER
Matière Médicale et Botanique.	CAUVET
Médecine légale.. . . .	LACASSAGNE
Médecine opératoire.	PONCET.
Cliniques médicales.. . . .	{ LÉPINE
	{ BONDET
Cliniques chirurgicales.. . . .	{ RAMBAUD, professeur adjoint
	{ OLLIER
Clinique obstétricale et Accouchements.	{ TRIPIER (LÉON)
	{ BOUCHACOURT
Clinique ophthalmologique.	{ DELORE, professeur adjoint
	{ GAYET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.. . . .	GAILLETON
Clinique des maladies mentales.. . . .	PIERRET

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE.. . .	Chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD.. . . .	Chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD.	MM. LAURE.	MM. POULLET.
BEAUVISAGE	LEVRAT.	SABATIER.
BOUVERET.	LINOSSIER.	VINAY.
CHANDELUX	PERRET.	VINCENT.
DEBIERRE.	POLLOSSON.	

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

M. CHARPY.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PIERRET, président; M. J. TEISSIER, assesseur; MM. VINAY et LAURE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR PIERRET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

MÉDECIN EN CHEF A L'ASILE DE BRON

AVANT-PROPOS

Il est bien peu de médecins qui n'aient eu dans leur pratique l'occasion de poser le diagnostic paralysie générale. C'est une maladie qui semble banale à force d'être commune et c'est ébranler une sorte de dogme que d'avancer, même sous toutes réserves, que la paralysie générale de Bayle, de Calmeil, de Baillarger, n'est pas une entité morbide, mais bien une collection de maladies cérébrales qui se rapprochent par certains symptômes communs, mais diffèrent radicalement, au point de vue de l'étiologie, de la marche, du pronostic, du traitement et souvent de l'anatomie pathologique.

Cette manière de voir, toute audacieuse qu'elle puisse paraître, a déjà trouvé de vigoureux soutiens, parmi lesquels nous pourrions citer Simon, Lasèque, Régis, Ball, et se trouve si bien en rapport avec les faits, que celui des auteurs qui a le plus contribué à édifier la théorie de la *Paralysie générale* sent au-

jourd'hui le besoin d'étayer l'édifice croulant et de préciser la nature de cette terrible maladie.

Il se passe donc pour cette forme provisoire, sorte de terrain d'études artificiellement limité, ce que l'on a observé depuis une quinzaine d'années pour les formes les plus concrètes des maladies des centres nerveux. On la dissèque, on la fouille, on en retire tout ce qui n'est pas parfaitement caractérisé, strictement semblable au type rêvé, et, avec ces apparences de débris, on trouve que l'on peut bâtir des édifices moins vastes que l'ancien, mais mieux distribués et plus commodes.

Ces dérivés de la paralysie générale, on les appelle encore, par une sorte de respect que l'on accorde volontiers aux traditions, des pseudo-paralysies générales ; mais, viennent des travaux plus nombreux, des observations plus précises, et la *Paralysie générale* de nos ancêtres médicaux, la vraie, celle qui n'est ni syphilitique, ni saturnine, ni mercurielle, ni pellagreuse, ni alcoolique, ni liée à une sclérose des cordons postérieurs ou latéraux, ni héréditaire, la méningo-encéphalite diffuse primitive ne sera plus qu'une forme morbide à ajouter aux précédentes.

Quel que soit d'ailleurs l'avenir réservé à ce groupe symptomatique que tant de médecins se flattent de définir aisément, nous ne croyons pas trop nous avancer en affirmant que lorsqu'on entend parler de la marche des symptômes, des complications de la paralysie générale, il faut d'abord se demander de quelle forme morbide il s'agit, et ne pas appliquer à l'une de celles-ci ce qui appartient à l'autre.

Dans le modeste travail que nous proposons à l'indulgence de nos juges, nous n'avons pas d'autre but que d'étudier les caractères saillants de quelques-uns de ces syndromes cliniques et anatomiques que l'on qualifie de pseudo-paralysies générales. En le faisant, nous espérons ne pas être inutile à ceux de nos confrères qui, faute d'être renseignés, courraient le risque de laisser passer l'occasion de porter un diagnostic différentiel important, parce qu'il implique souvent un pronostic et un traitement très différents suivant les cas, et, à coup sûr, plus consolants que ceux de la *Paralysie générale*.

Mais avant d'entrer en matière, nous tenons à rendre ici un témoignage public de notre profonde reconnaissance à notre excellent maître, M. le Docteur Pierret, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, médecin en chef à l'Asile de Bron. C'est lui qui nous a suggéré l'idée première et fourni les matériaux de cette thèse inaugurale, et nous avons trouvé, dans ses savants conseils et dans la bienveillance toute spéciale qu'il n'a cessé de nous témoigner, de puissants encouragements pour l'accomplissement de notre tâche.

Nous devons également de sincères remerciements à M. le Professeur agrégé Vinay, dont les excellents conseils ne nous ont jamais fait défaut.

Enfin, que M. le Professeur agrégé Laure, qui a bien voulu nous communiquer deux observations très intéressantes d'alcoolisme, ayant simulé la paralysie générale, veuille bien agréer l'expression de notre vive gratitude.

Cette étude comprendra quatre chapitres. Dans les trois premiers, nous étudions et essayons de différencier de la paralysie générale vraie les pseudo-paralysies générales alcooliques, saturnines et syphilitiques. Dans le quatrième, nous esquissons à grands traits une forme peu connue de paralysie générale, dont les lésions, le plus souvent athéromateuses, tiennent à la fois de l'alcoolisme et de la sénilité.

INTRODUCTION

Aperçu général.— Description résumée de la paralysie générale, d'après les auteurs classiques.

— Historique. — Critique de la théorie dualiste de M. Baillarger sur la paralysie générale.

Depuis sa découverte par Bayle, en 1826, peu de maladies mentales ont été l'objet de travaux aussi nombreux que la paralysie générale. Cette terrible maladie a pris, depuis une quarantaine d'années, un accroissement considérable. Elle exerce ses ravages sur toutes les classes de la société, notamment dans les grandes villes, à ce point qu'un aliéniste distingué (1), attribuant cette grande fréquence aux progrès de la civilisation et à la suractivité cérébrale, qui est la caractéristique de notre époque au point de vue social, n'a pas craint de l'appeler la maladie du siècle. Sous quelque dénomination qu'elle ait été étudiée, paralysie générale incomplète (Delaye), paralysie générale des aliénés (Calmeil, Leuret), paralysie générale progressive (Requin, Brierre de Boismont), folie paralytique (Parchappe), périencé-

(1) Lefebvre (de Louvain).

phalite diffuse, péri-cérébrite (Brunet), cette maladie a été généralement décrite comme une entité morbide bien homogène, ayant une place définitivement marquée dans le cadre nosologique.

Avant d'aborder l'étude que nous nous sommes proposée de ces états morbides englobés jusqu'à ces dernières années dans la paralysie générale, et que nous devons essayer d'en dissocier, nous croyons utile de rappeler ici, en quelques mots, la description de cette maladie, telle que nous la trouvons dans les ouvrages classiques les plus récents.

Voici la définition qu'en donne M. Aug. Voisin, dans son traité de la paralysie générale des aliénés, qui est la monographie la plus complète parue jusqu'à ce jour sur la matière (1) : « La paralysie générale des aliénés, folie inflammatoire ou folie paralytique, est une affection inflammatoire de l'appareil cérébro-spinal caractérisée anatomiquement par de la méningite, des adhérences cérébro-méningées, du ramollissement de la substance grise, des lésions des vaisseaux et de la substance nerveuse; et symptomatiquement des troubles des facultés intellectuelles, de la parole, par l'ataxie des mouvements, un délire ambitieux, mélancolique ou hypocondriaque, des attaques apoplectiformes et épileptiformes, un affaiblissement général et de la démence. » — Le même auteur en admet cinq formes : 1^o la paralysie générale aiguë à marche rapide ; 2^o la paralysie générale commune avec délire expansif ambitieux ; 3^o la paralysie générale à

(1) Aug. Voisin. *Traité de la paralysie générale des aliénés.*

forme sénile ; 4° la paralysie générale présentant surtout les caractères de la démence ; 5° la paralysie générale à formes pinale. Chacune de ces formes aurait une physionomie propre et un pronostic spécial.

Sans nous arrêter à la description détaillée de chacune de ces formes d'une maladie réputée homogène, ce dont il serait difficile de se douter, d'après les définitions précédentes, voyons ce que l'étiologie nous enseigne à ce point de vue spécial. Nous y trouvons entassés : l'hérédité, la mauvaise hygiène morale (chagrins, passions, amour contrarié, ambition démesurée, influence des événements politiques (Lunier), les excès de travail et de coït (Cavalier), surtout le coït debout ; l'abus du tabac, les coups et chutes sur la tête (Marcé, Moreau), l'insolation (Baillarger), les diathèses : syphilis, rhumatisme (Contesse, Laveran), le diabète (Marchal de Calvi) les intoxications : alcoolisme, saturnisme ; la pellagre (Baillarger, Brierre de Boismont) ; l'épilepsie (Parchappe) ; les névralgies généralisées, les fièvres graves et la suppression de la menstruation, de la sueur des pieds, de l'allaitement, etc.

Les données fournies par l'étude de l'évolution ne sont pas moins complexes. Sans tenir compte d'une étiologie variable, on la divise en trois périodes : une période initiale, une période d'état et une période terminale.

Pendant la première phase, les symptômes sont peu accusés. Ils consistent d'abord dans un changement du caractère très facilement appréciable pour les personnes qui entourent le malade ; tel qui s'était signalé dans le monde par la dignité de sa vie,

commettra des actes indéliçats ou impudiques ; tel autre, possédant une grande fortune, volera de menus objets aux étagères des magasins ; un troisième fera des achats considérables peu en rapport avec ses ressources, etc. Les idées sont déjà ambitieuses sans constituer cependant encore un délire bien caractérisé. D'autres fois, le malade s'isole, devient inquiet, triste, hypochondriaque. Dans une autre forme plus rare (forme spinale), la maladie débute par des troubles de la motilité des membres inférieurs, offrant une certaine ressemblance avec ceux de l'ataxie locomotrice ou de la sclérose latérale au début (Westphall). Quelle que soit la forme de la maladie, c'est à cette période que se rattache l'apparition des troubles somatiques qui marcheront de pair avec le délire, et qui sont : l'embarras de la parole, le tremblement des lèvres et de la langue, l'inégalité pupillaire. Ce tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres n'est pas encore continu et ne se manifeste que lorsque le malade parle ou qu'il est sous l'empire d'une émotion quelconque. Quant à l'inégalité pupillaire, elle apparaît généralement de bonne heure et alterne parfois avec une contraction exagérée et égale des deux pupilles.

Avec la deuxième période, les troubles de la motilité et des facultés intellectuelles s'accroissent, et parmi ces dernières, c'est la mémoire qui paraît s'altérer tout d'abord. Le souvenir des faits récents disparaît ; celui des faits anciens se conserve un peu plus longtemps et encore ne retrace-t-il que les événements importants de la vie, ou ceux qui sont en rapport avec

la profession, par exemple. Puis éclate le délire qui peut revêtir deux formes : la forme mégalomaniacale ou la forme hypocondriaque, cette dernière beaucoup plus rare. Dans le premier cas, le délire porte sur des conceptions gigantesques, irréalisables ; le malade est roi ou pape ; l'univers entier lui appartient ; il possède des richesses immenses, des diamants, des millions et des milliards dont il veut philanthropiquement faire profiter tout le monde. Toutes ces affirmations sont débitées par un être tremblant, à extérieur misérable, dont le délire offre le caractère spécial de n'être pas suivi, mais d'être incohérent, ridicule comme celui du malade de Marcé, qui voulait faire bâtir une ville en or, et qui, interrogé sur sa profession, répondait : « Je suis cordonnier. »

Dans les cas où le délire revêt la forme hypocondriaque, les malades refusent souvent de manger ; ils se croient morts et disent l'être, ils n'ont plus d'estomac ; ils ont l'anus bouché. Ils pleurnichent avec la plus grande facilité.

Parmi les troubles de la motilité, un des plus importants est l'embarras de la parole. Elle est tremblée, hésitante, scandée et comme ataxique (Voisin). Les muscles des yeux peuvent être paralysés et contracturés. Les lèvres et la langue, lorsqu'on la fait projeter hors de la bouche, sont le siège d'un tremblement fibrillaire continu, que l'on constate également dans les membres supérieurs ou inférieurs. Ajoutons à cela un affaiblissement musculaire général, et la dilatation inégale des pupilles qui se retrouve à certains moments pendant toute la durée de la maladie.

Pendant la troisième période, la démence s'est substituée au délire; les malades, incapables de se tenir debout, gâteux, aveugles sourds et quelquefois, couverts d'eschares, finissent par succomber dans le marasme ou sont emportés par une maladie intercurrente (pneumonie hypostatique, infection purulente, etc.)

A un point de vue général, la méningo-encéphalite diffuse a donc une marche constamment progressive, mais qui peut cependant être interrompue par des rémissions toujours incomplètes et d'une durée plus ou moins longue. Notons encore comme venant traverser le cours de la maladie des attaques apoplectiformes ou épileptiformes qui laissent après elles des hémiplésies le plus souvent passagères, et presque toujours une aggravation dans l'état physique et intellectuel des malades.

La durée moyenne de la vie des paralytiques généraux est de 18 mois à 2 ans; mais il est bon de faire remarquer qu'il s'agit là d'une moyenne obtenue par l'assimilation un peu artificielle de cas pathologiques souvent différents.

Le pronostic de la paralysie générale, fait en dehors de toute distinction préalable, est presque toujours fatal.

Au point de vue anatomo-pathologique, la confusion est grande aussi; la plupart des auteurs considèrent la paralysie générale comme le résultat d'une inflammation chronique du cerveau tout entier et de ses enveloppes.

La dure mère, épaissie, présente parfois sur son feuillet viscéral des fausses membranes. La pie mère hypérémiée a contracté avec le cerveau des adhérences telles que si on veut les séparer, elle entraîne avec elle des plaques de substance grise, si bien que le cerveau paraît alors recouvert d'ulcérations. Cette lésion est une des plus constantes. Toute la surface cérébrale est le siège d'une congestion intense et l'incision des méninges laisse écouler une quantité considérable de sérosité. La substance grise est ramollie, contrairement à la substance blanche qui paraît plutôt indurée. Les ventricules, distendus par la sérosité, sont parsemés à leur surface de granulations épendymaires. On note des hémorrhagies méningées, des granulations calcaires le long des vaisseaux, de l'athérôme, etc.

Telle est la paralysie générale classique.

Cependant, l'observation de faits cliniques s'écartant du type morbide que nous venons de décrire, par leurs symptômes, leur pronostic, leurs lésions anatomo-pathologiques attira, de bonne heure, l'attention de très sérieux observateurs. Une réaction s'en suivit, qui s'arma d'abord de la variabilité si grande des conditions étiologiques variables pour ébranler le vieil édifice.

« La paralysie générale, disait M. le professeur Lasègue (1), n'est point une espèce aussi nettement définie que la plupart des médecins inclinent à le croire. Par un procédé commode peut-être, mais d'un résultat scientifique douteux, on établit, sans effort, le

(1) Lasègue. *Etudes médicales*, pages 814 et 873.

diagnostic différentiel entre la paralysie générale et d'autres affections cérébrales qui n'ont rien de commun avec elle ; on néglige parce qu'on les connaît mal, celles qui, sous certains aspects, se rapprochent de la paralysie générale..... Il y a toute une catégorie d'affections cérébrales, étalées, diffuses, universalisées, prenant l'individu tout entier, et dans lesquelles, que vous les appeliez comme vous voudrez, périencéphalites, paralysies générales, il y a toujours un certain nombre de caractères communs. »

Tout récemment encore, M. le Dr Régis, chef de clinique des maladies mentales à Ste-Anne, auquel nous empruntons notre première observation, s'est attaché à démontrer que « les causes considérées, jusqu'à ce jour, comme les facteurs étiologiques les plus importants de la paralysie générale (alcoolisme, saturnisme, syphilis, etc., etc.), n'ont, en réalité, qu'une action des plus secondaires sur le développement de cette maladie cérébrale et que, le plus souvent, ce n'est point la véritable paralysie générale qu'elles déterminent, la paralysie générale classique à évolution progressive et à terminaison forcément fatale, mais un état cérébral qui, *tout en présentant le complexus symptomatique de cette affection*, sa physiologie intellectuelle et somatique, a une marche, des allures et un dénouement bien différents, à ce point qu'on est forcé de convenir qu'il ne s'agit plus là de la véritable paralysie générale, mais bien d'une pseudo-paralysie générale ou pseudo-folie paralytique. »

HISTORIQUE

En 1827, Esquirol disait : « Toutes les fois que le délire ou la folie sont précédés d'abus de boissons fermentées et surtout d'ivresse on est disposé à accuser cet abus d'être la cause primitive des désordres cérébraux et, cependant, cet abus n'est parfois que le symptôme caractéristique d'une folie commençante. »

Brierre de Boismont, en 1830, signale chez les aliénés pellagreu des lésions analogues à celles de la paralysie générale (1).

En 1839, Tanquerel des Planches (Traité des maladies du plomb) attire l'attention sur ce fait que l'aliénation mentale accompagnée de paralysie peut être facilement confondue avec l'encéphalopathie saturnine compliquée également de paralysie, et il s'appuie pour les distinguer sur la forme des accidents cérébraux et paralytiques.

Dix ans plus tard, M. Lunier (2) fait ressortir la difficulté du diagnostic entre la paralysie générale progressive et l'alcoolisme et rappelle que cette maladie a pu être prise pour un délirium tremens chronique.

M. Delasiauve, dans un travail publié en 1851 (Annales médico-psychologiques) émit l'opinion que

(1) Brière de Boismont, Mémoire lu à l'Institut, sur *la Pellagre et la Folie pellagreuse*, inséré dans le *Journal complémentaire des Sciences médicales*, publié par Panckouke, 1830.

(2) Lunier. — *Recherches sur la Paralysie générale progressive*. 1849.

certaines formes d'encéphalopathie saturnine pouvaient se rapprocher assez de la paralysie générale pour en emprunter le masque, et il donne à cette forme d'empoisonnement le nom de pseudo-paralysie générale saturnine.

Magnus Huss, dont l'ouvrage (*Alcoholismus chronicus*) parut à Stockolm en 1852, établit que, dans certains cas, les désordres de l'alcoolisme peuvent offrir de grandes ressemblances avec la paralysie générale et en imposer pour cette maladie avec laquelle ils avaient été longtemps confondus. Cette publication produisit un véritable revirement scientifique et on s'occupa de plus en plus du diagnostic différentiel entre la paralysie générale et l'alcoolisme chronique.

Lasègue (*Archives générales de Médecine*, 1853) fait un compte rendu de l'ouvrage de M. Huss, et ajoute quelques pages de diagnostic différentiel.

La même année, M. J. Falret, dans un chapitre de sa thèse inaugurale consacrée à la folie paralytique alcoolique, établit une différence bien tranchée entre les paralysies de cette nature et la paralysie générale des aliénés : « La distinction, dit-il, est de la plus haute importance pour le pronostic, puisque les paralysies alcooliques n'ont ni la même marche, ni la même gravité que la paralysie générale des aliénés. En effet, elles sont intermittentes, guérissent souvent rapidement par la simple privation de boissons, ne se reproduisent que sous l'influence de nouveaux abus; enfin, ne conduisent pas fatalement, dans un temps donné, à l'incurabilité et à la mort. »

Quant à la paralysie générale saturnine, il ne lui

assigne pas une existence à part. Il lui reconnaît cependant quelques caractères particuliers, malheureusement peu connus. Il admet que l'empoisonnement par le plomb est une cause de paralysie générale.

Mais, de tous les états morbides se rapprochant plus ou moins de la paralysie générale, ceux qui ont le plus tôt attiré l'attention des auteurs sont ceux que l'on rencontre dans la syphilis cérébrale.

Dès 1786, Cirillo (*Traité des Maladies vénériennes*, Venise) parle du sommeil comateux et du strabisme comme très fréquents chez les individus atteints d'exostoses du crâne, et rapporte trois observations, deux paraplégies et une paralysie générale, guéries rapidement par les frictions au sublimé.

Prost, en 1804 (*Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, t. II, p. 59), relate l'observation d'un malade atteint d'ostéite syphilitique nasale et qui mourut hémiplegique dans un état d'imbécillité, après avoir eu des vertiges et des convulsions. A l'autopsie, on trouva de petites tumeurs cérébrales sur le trajet des nerfs.

En 1812, Larrey (*Mémoire de Chirurgie militaire*, t. II, p. 44) publie deux observations d'abolition de l'intelligence et des sens avec hémiplegie, surdité, épilepsie, exostoses, guéries par un traitement mercuriel.

M. J. Rauch, de Graetz (*Österreichische medizinische Wochenschrift*, Wien, 29 mars 1845), cite un cas de paralysie générale chez un syphilitique guéri radicalement par les mercuriaux et l'iodure de potassium.

Chez un malade de Schutzemberger (*Gazette médi-*

cale de Strasbourg, 1850) on constata : hémiplegie, paralysie du moteur oculaire commun gauche et amaurose du même côté, céphalalgie violente, affaiblissement des facultés intellectuelles, hébétude, tremblement, délire. Guérison rapide par les frictions mercurielles et les pilules de Hufeland.

En 1851, Lucas Championnière (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*) publie deux observations : une de paralysie générale et une d'hémiplegie avec amaurose, idiotie. Guérisons par le traitement antisypilitique.

La même année, Ricord (*Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*) donne la relation d'un cas d'hémiplegie avec paralysie partielle du moteur oculaire commun et aliénation mentale.

Thompson (*Journal des Connaissances médicales*, 20 octobre 1857), cite une observation de paralysie générale progressive, guérie en quatre mois.

A Lyon, une discussion eut lieu au sein de la Société impériale de Médecine, en juin 1858, à propos d'un jeune malade syphilitique du service de M. le Professeur Teissier. Ce malade succomba avec tous les signes d'un ramollissement cérébral, et, à ce propos, M. Arthaud cita un cas de paralysie générale syphilitique guéri par le traitement spécifique (1).

En 1858, les D^{rs} Aubanel et Sauze publient (2) une observation de cancer du cervelet qui simula une paralysie générale. *Ces auteurs prononcent le mot de*

(1) *Gazette médicale de Lyon*, 1858, p. 347.

(2) *Ann. méd. psych.*, 1868.

pseudo-paralysie générale et cherchent à établir les analogies et les différences des deux maladies.

L'année précédente avait paru le mémoire si important de M. Devouges (1) sur la paralysie générale saturnine. Il repose sur six observations, dont quatre de guérison, et l'auteur conclut que la paralysie générale saturnine se distingue de la paralysie générale progressive par quelques différences minimes, mais insuffisantes néanmoins pour faire constituer une espèce morbide à part.

Ladreyt de la Charrière (2) dit que le diagnostic de la paralysie générale syphilitique doit être souvent fort difficile, et que des accidents de paralysie générale, survenant chez des jeunes gens ou des hommes de moins de quarante ans, devront toujours faire penser à une affection syphilitique ancienne. Il publie une intéressante observation de syphilis cérébrale avec affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, hémiplégie gauche, embarras de la parole, dilatation inégale des pupilles, attaque épileptiforme, cécité complète. Mort dans le coma. A l'autopsie, on trouva des tumeurs gommeuses, dont une sur le nerf optique droit, et une infiltration gommeuse du cerveau.

Gailleton (3) a également fait connaître trois cas de syphilis constitutionnelle compliquée de troubles cérébraux.

(1) Devouges. *Annales médico-psychologiques*, 1857.

(2) Ladreyt de la Charrière. Th. de Paris. *Des Paralysies syphilitiques*, 1861.

(3) *Gazette médicale de Lyon*, 16 octobre 1864.

Lancereaux (1), qui rappelle ces observations, ainsi que celles publiées par Leidesdorf (2), ajoute : « Les faits de ce genre sont souvent difficiles à différencier de la paralysie générale des aliénés. »

Michéa (3), ayant soumis des épileptiques à un traitement par l'atropine à doses progressives, remarqua que l'intoxication lente produite par cet alcaloïde amenait des troubles psychiques et somatiques assez semblables à ceux de la paralysie générale : hésitation de la parole, titubation, maladresse dans les mouvements, anesthésie légère, affaiblissement de l'intelligence.

En 1862 avait paru l'excellent traité des maladies mentales, de Marcé. Cet auteur, tout en n'admettant pas la différenciation entre la paralysie générale alcoolique et la paralysie générale des aliénés, reconnaît cependant que ces deux maladies offrent quelques dissemblances symptomatiques dans la période prodromique et dans la période d'invasion. Les lésions, pour lui, sont d'ailleurs les mêmes. Quant à la paralysie générale saturnine, il se rallie entièrement à l'opinion de M. Devouges, que nous avons citée plus haut.

Parlant de la paralysie générale pellagreuse que M. Baillarger, généralisant outre mesure quelques faits observés par lui, avait assimilée entièrement à la paralysie générale des aliénés, il affirme que, de l'opinion

(1) *Traité de la syphilis*, 1862.

(2) Leidesdorf. Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale dans ses rapports avec l'aliénation mentale. (*Medicinische Jahrbücher*. 1864, 4^e liv.)

(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1861.

presque unanime des médecins qui se sont occupés de cette question, la paralysie générale pellagreuse est une espèce à part, qu'elle n'offre à sa période ultime ni embarras de la parole, ni idées ambitieuses, qu'elle est susceptible de guérison, etc. (1).

En 1863, Marcé (*Gaz. médicale de Paris, 1861*), cherche à établir le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et la démence sénile.

En 1865, M. Baillarger, dont le nom est lié d'une façon si intime à l'histoire de la paralysie générale, dit (2) que « le diagnostic de la folie simple et de la folie paralytique n'est pas toujours facile et qu'on est obligé de suspendre plus ou moins longtemps son diagnostic. Il est des cas nombreux où les difficultés persistent pendant plusieurs mois, une année, ou même plus. *Certains malades meurent avant que le diagnostic ait pu être porté*; d'autres en plus petit nombre guérissent, et l'on se demande s'ils sont guéris d'une paralysie générale ou d'une folie simple; enfin il en est qui tombent dans la démence sans paralysie et les doutes restent les mêmes. »

Westphal établit qu'on rencontre des malades qui offrent les symptômes psychiques de la paralysie générale et qui meurent sans avoir présenté aucun trouble de la motilité. D'autres présentent tous les troubles musculaires de la paralysie générale et voient ces symptômes s'amender et même disparaître entièrement. Ces faits constituent ce qu'il appelle la *paralysie générale latente*.

(1) Marcé, *Traité pratique des Maladies mentales*, p. 473 et 595.

(2) Baillarger, *Appendice au Traité de Griesinger*, 1865.

Parchappe considère tous les cas où manquent les lésions de la paralysie générale comme des folies simples, quoique le cortège symptomatique ait été celui de cette maladie.

M. Aug. Voisin (*Union Médicale*, 1868), décrit une forme athéromateuse de la paralysie générale, sur laquelle nous reviendrons avec détail.

Nasse (*Irrenfrund*, 1870) publie deux observations de paralysie générale, où manquait l'embarras de la parole, terminés par la guérison, celle-ci se maintenant depuis 4 ans dans un cas, depuis 5 dans l'autre. Il a été, ajoute-t-il, très surpris de ces guérisons qui lui imposent la règle de ne plus poser à l'avenir aucun diagnostic de paralysie générale tant qu'il n'aura pas constaté le trouble du langage, signe qu'il considère comme le plus important des signes paralytiques.

A la même époque, ayant observé plusieurs cas de guérison de paralysie générale chez des alcooliques, il s'est demandé si ces malades étaient bien réellement atteints de périencéphalite chronique et il a adopté pour ces cas de guérison l'expression de *pseudo-paralysis e potu*.

Un travail du Dr Drouet, sur le diagnostic de la paralysie générale, publié en 1871 (1), se terminait par cette profession de foi que alcoolisme chronique et paralysie générale n'étaient qu'une seule et même maladie dont les différents éléments présentaient des différences d'intensité et de gravité.

Nous trouvons encore dans la bibliographie de cette

(1) Drouet. *Ann. méd. psychol.* 1871.

année là, une observation publiée par M. A. Voisin (1), d'un état cérébral offrant de grandes ressemblances avec la paralysie générale et dû à une intoxication lente par le bromure de potassium.

La thèse de Burlureaux (2) 1874, renferme un cas de tumeurs gommeuses multiples, et un autre de tumeur sarcomateuse du cerveau. Dans ces deux cas, la présence de ces tumeurs produisit les signes d'une paralysie générale irrégulière.

Dans sa thèse d'agrégation (1875), M. le Professeur Renaut (3) ne s'arrête pas longtemps sur les rapports de l'intoxication saturnine chronique et de l'alcoolisme. Nous ne saurions d'ailleurs mieux faire que de citer textuellement ses paroles : « Celui-ci, dit-il, est la plupart du temps l'adjuvant de celle-là. Un grand nombre de saturnins sont buveurs, de telle sorte que les effets des deux intoxications se composent. On voit alors les accidents nerveux, les tremblements, l'albuminurie, la tendance, en un mot, à l'arrêt des échanges organiques se produire chez les alcooliques saturnins avec une grande facilité. C'est aussi chez ces derniers malades qu'on voit s'établir graduellement, et succédant à la parésie générale, la *paralysie générale progressive* étudiée par M. Devouges.

Il y a peu de choses à dire de cette forme saturnine de la paralysie générale. Devouges, Marcé, M. Falret

(1) A. Voisin. De l'emploi du bromure de potassium (*Mémoires de l'Académie de Médecine*, 1871, p. 68).

(2) Th. de Paris 1874.

(3) J. Renaut. Thèse d'agrégation : *De l'Intoxication saturnine chronique*. Paris, 1875.

et les autres aliénistes ne lui reconnaissent aucune particularité différentielle digne d'être notée. On établit surtout cette forme par l'anamnèse, par l'existence du liseré saturnin et de la cachexie plombique, si caractéristique pour le clinicien. »

En 1877, M. Fournier publie (1) sur la paralysie générale d'origine syphilitique un mémoire très remarquable, reproduit deux ans plus tard dans son *Traité de la syphilis du cerveau*, et auquel nous ferons de nombreux emprunts. Il étudie les différences de toutes sortes qui séparent cette maladie de la paralysie générale vraie et propose pour la désigner l'expression de pseudo-paralysie générale syphilitique.

Presque en même temps, Junius Mickle (2) fait paraître des notes sur la syphilis des aliénés où il considère comme généralement admise la ressemblance très grande que certaines formes de syphilis cérébrale présentent avec la paralysie générale, tant sous le rapport physique que sous le rapport intellectuel, et il établit le diagnostic différentiel des deux maladies.

En 1878, MM. Còyne et Lépine font paraître (3) une observation intéressante de paralysie générale syphilitique recueillie dans le service de M. le Professeur Sée. Ce cas se termina par la mort, et l'autopsie fit découvrir un certain nombre de plaques et de tumeurs gommeuses dans le cerveau, notamment sur la protubérance annulaire.

(1) *Progrès médic.*, 1877, n° 41.

(2) *British and foreign, Medico-chirurg. Review*, Londres, 1877.

(3) *Journal des connaissances médicales*. 1878, n°s 17, 18 et 20.

Un article que M. Foville écrivit en 1879 (1), en réponse à l'observation publiée par M. Fournier dans son mémoire, se termine par ces conclusions : « Il y a des cas exceptionnels où des tumeurs syphilitiques, isolées dans les hémisphères cérébraux, déterminent un ensemble de symptômes tellement semblables à ceux de la paralysie générale que le diagnostic différentiel ne peut être établi, du moins à l'aide des seuls signes cliniques, quoique la nature et la localisation des lésions anatomiques soient complètement différentes. La dénomination de pseudo-paralysie générale s'appliquerait à ces cas beaucoup mieux qu'à ceux pour lesquels M. Fournier l'a proposée. »

Dans ses leçons sur la syphilis (1879), M. Cornil (2) démontre qu'« il existe des observations de syphilis cérébrale dans lesquelles les symptômes ont été très voisins de la paralysie générale ; » et il ajoute quelques lignes de diagnostic différentiel.

Les Annales médico-psychologiques de la même année renferment encore une observation de M. Doubrebonne. Il s'agit d'une paralysie générale d'origine saturnine chez un peintre en bâtiments, avec délire ambitieux, gâtisme, etc., guérie après trois mois de traitement.

En 1879, Baillarger publie (3) une observation de cysticerque logé dans l'hémisphère droit du cerveau

(1) *Des rapports de la syphilis et la paralysie générale ; Difficulté de distinguer la paralysie générale de certaines altérations syphilitiques du cerveau. Ann. méd. psych.* mai 1879.

(2) *Leçons sur la syphilis.* 1879, p. 364.

(3) *Ann. méd. psych.* p. 403.

et qui se traduit par des troubles intellectuels et moteurs, simulant ceux de la paralysie générale.

Depuis ces dernières années, la question des pseudo-paralysies générales est à l'ordre du jour. On en trouvera une courte description dans les intéressantes *Leçons sur les maladies mentales*, de M. le professeur Ball, Paris, 1880. La même année, M. le Dr Régis (1), chef de clinique des maladies mentales, décrit en quelques pages les différences cliniques qui séparent la pseudo-paralysie générale saturnine de la paralysie générale classique. Son travail a servi de base à la thèse de Meyer (2) sur le même sujet.

Le même auteur inspire encore la thèse de Lacaille (3), sur la pseudo-paralysie générale alcoolique.

En 1882, le Dr Cullere, directeur médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon, publie (4) un important article sur l'existence d'une forme de démence paralytique dont les symptômes et les lésions tiennent à la fois de la démence sénile et de la paralysie générale. Ce travail, qui n'est pas sans rapports avec celui de Marcé, est particulièrement intéressant pour nous, car il signale le premier une forme peu connue des maladies mentales dont nous nous proposons de donner également quelques exemples et qui fera le sujet d'un de nos chapitres.

(1) Régis. *De l'encéphalopathie saturnine dans ses rapports avec la paralysie générale progressive*. Ann. méd. psych., 1880.

(2) Meyer. Thèse de Paris, 1882.

(3) Thèse de Paris 1881.

(4) Dr Cullere. *De la démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune*. Ann. méd. psych. mai 1882.

Dans son excellente thèse, le D^r Moreaux (1) s'attache à démontrer que la marche de la paralysie générale chez les alcooliques diffère essentiellement de la marche de la paralysie générale classique, et que la différence en faveur de la première réside dans les rémissions qui sont plus fréquentes, plus complètes, plus franches que dans la seconde. Il laisse entrevoir que cette paralysie générale des alcooliques pourrait bien n'être, en somme, qu'une pseudo-paralysie générale comme la pseudo-paralysie générale saturnine.

Le D^r Camuset (2), médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse, admet bien la pseudo-paralysie générale alcoolique, mais il la considère plutôt comme une simple *curiosité clinique* que comme une variété de l'alcoolisme.

Dans un mémoire fort remarquable, publié dans les Annales médico-psychol. (3), M. Baillarger, attaquant la théorie généralement admise de l'unité de la paralysie générale, en édifie une autre qu'il appelle la théorie dualiste, et qui, vu la haute compétence de son auteur, mérite de fixer un instant notre attention. Prenant pour base le fait de l'existence de cette forme de la paralysie générale où manque le délire, il admet que la paralysie générale n'est constituée que par deux symptômes constants et pathognomoniques, la démence et la paralysie. Il est ainsi amené à considérer, dans la paralysie générale, deux maladies bien distinctes

(1) Thèse de Paris, 1881.

(2) *Ann. méd. psych.*, septembre 1883.

(3) Baillarger. *Sur la théorie de la paralysie générale, de la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes.* *Ann. méd. psych.* 1883.

ayant chacune une existence indépendante; c'est d'une part, la folie paralytique, élément vésanique qui n'est autre chose que le délire ambitieux ou hypocondriaque, auquel s'associent des symptômes d'ataxie musculaire, et, d'autre part, la démence paralytique. La première n'est, suivant lui, qu'un élément surajouté à la seconde. Elle serait due simplement à des troubles dans la circulation cérébrale, les lésions de la périencéphalite diffuse produisant la démence paralytique. Elle serait donc facilement curable.

Cette théorie explique les pseudo-paralysies générales avec la plus grande facilité; c'est la folie paralytique qui se combinerait pour les produire avec l'alcoolisme, le saturnisme, la syphilis, ou la démence sénile. Les rémissions qui se produisent parfois dans le cours de la paralysie générale sont considérées par M. Bailarger comme des guérisons de la folie paralytique.

On a fait à cette théorie de nombreuses objections. Comme le fait très justement remarquer M. Aug. Voisin, les rémissions ne portent pas uniquement sur le délire, mais aussi parfois sur les troubles somatiques, laissant celui-ci persister.

M. le Dr Sauze a d'ailleurs proposé pour les rémissions une classification en trois catégories, basée sur l'observation rigoureuse des faits cliniques; dans la première, les signes de la paralysie disparaissent et le délire persiste; dans la seconde, c'est l'intelligence qui se rapproche de l'état normal laissant la paralysie intacte; dans la troisième catégorie, délire et paralysie se sont amendés parallèlement et persistent encore à un faible degré.

Dans tous les cas, les malades ne reviennent jamais à leur état de santé antérieur. « Ils ne récupèrent jamais ce qu'ils ont perdu, dit M. Lionet, leur mémoire reste affaiblie, ils n'ont qu'un cercle restreint d'idées. Quand on a connu un de ces malades dans la période florissante de sa vie, quand on l'a vu brillant de santé et d'intelligence, on ne peut pas, *même au moment des rémissions les plus complètes*, s'empêcher d'être profondément frappé de sa déchéance intellectuelle. »

Ainsi envisagées sous leur véritable jour, les rémissions de la paralysie générale peuvent-elles être considérées comme la guérison de la folie paralytique? Nous ne le pensons pas. Pourquoi d'ailleurs ériger celle-ci en entité morbide indépendante de la paralysie générale parce qu'elle n'a pour base que des troubles circulatoires? Avant de produire l'hépatisation grise, la pneumonie n'est, au début, qu'une congestion, une hyperhémie. En est-elle moins une pneumonie pour cela? Il n'y a là, à notre avis, qu'une question de degré dans l'évolution d'une seule et même maladie.

Toute inflammation produit à ses premières périodes une hyperactivité fonctionnelle de l'organe qu'elle atteint. Le délire si éclatant, l'exubérance des conceptions des paralytiques généraux ne pourraient-ils pas trouver une explication plausible dans l'action du processus irritatif sur la substance nerveuse, surtout si l'on considère que, par contre, le délire disparaît et ne saurait exister à la dernière période de la maladie, puisqu'à ce moment la périencéphalite diffuse est venue porter son action destructive sur les cellules cérébrales?

D'un autre côté, M. Billod a fait à la théorie dualiste l'objection suivante :

« Comment, dit-il, en considérant dans l'espèce connue de nos jours sous le nom de folie paralytique, la vésanie et la paralysie générale comme deux entités morbides distinctes, expliquer la spécialité du délire propre à cette vésanie ? En d'autres termes, comment se pourrait-il que par cela seul qu'elle se trouve accolée, si l'on peut ainsi dire, à la paralysie générale, la vésanie eut des caractères spéciaux qu'elle n'a pas d'ordinaire dans les autres natures de folie ? »

En outre, la théorie de M. Baillarger ne peut donner une explication satisfaisante du délire si spécial, si typique, en quelque sorte, des paralytiques généraux.

D'ailleurs, la base sur laquelle elle repose, n'est qu'une forme de la paralysie générale, et même une forme rare. Dans ce cas, n'est-ce pas trop généraliser que d'édifier une théorie sur une exception ?

Comme on vient de le voir par ce rapide historique, l'accord est loin d'être fait sur l'unité morbide de la paralysie générale. Les uns, comme M. Junius Mickle, et cette opinion tend tous les jours à faire des progrès, admettent qu'il y a non une paralysie générale mais *des paralysies générales* différant entre elles par leurs causes, leurs lésions anatomo-pathologiques, leurs pronostics, etc. ; d'autres (Voisin, Magnan) respectent l'œuvre de Bayle ; d'autres enfin (Ball, Régis, Fournier) admettent et décrivent les pseudo-paralysies.

Il ne nous appartient pas de nous prononcer dans ce grave débat scientifique, d'autant plus que, pour notre

compte, et en raison même des buts de notre travail, nous sommes porté à considérer comme d'une utilité minime une discussion, en quelque sorte dogmatique, sur la véritable nature d'une entité morbide dont nous croyons les limites en grande partie artificielles.

CHAPITRE PREMIER

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE ALCOOLIQUE

Idées de Lasèque : les vésaniques et les cérébraux. — Action de l'alcoolisme variable suivant les prédispositions individuelles. — Différences qui séparent la pseudo-paralysie générale alcoolique de la paralysie générale vraie, étudiées au point de vue des antécédents, du mode de début, des symptômes, de la marche, du pronostic, des lésions anatomo-pathologiques et du traitement. — Observations.

M. le Professeur Lasèque divisait les alcooliques en deux catégories : les vésaniques et les cérébraux. Les premiers constituent cette classe d'individus qui sont doués d'une grande force de résistance à l'action de l'alcool, et qui, lorsque leurs excès se multiplient, présentent uniquement les troubles physiques de l'alcoolisme (hallucinations, délire, etc.) Ils s'acheminent peu à peu vers la démence sans avoir été atteints par les troubles moteurs de la paralysie générale. Les cérébraux, au contraire, sont affectés d'une prédisposition cérébrale due, soit à un ancien

traumatisme, une lésion encéphalique, une malformation du crâne, etc. Ils résistent peu à l'influence de l'alcool : un rien les grise, ce sont des *têtes faibles*, comme les appelle M. le Professeur Ball, et c'est parmi eux que la pseudo-paralysie et parfois la paralysie générale elle-même recrutent leurs malades. Nous ne prétendons pas, en effet, refuser à l'alcoolisme la part qui lui revient dans l'étiologie de cette dernière maladie. Il est cependant aujourd'hui certain que les anciens auteurs avaient beaucoup trop exagéré l'importance de cette condition étiologique. Bayle, par exemple, ne disait-il pas que l'ivresse qui deviendrait permanente ne serait autre que l'aliénation paralytique ? Mais, par contre, on est allé trop loin dans la réaction contre l'alcoolisme, et nous croyons, avec M. le Dr Camuset (1) que les habitudes d'ivrognerie, par suite des poussées congestives répétées qu'elles provoquent au cerveau, peuvent favoriser le développement d'une méningo-encéphalite diffuse progressive.

L'alcoolisme produit donc des effets différents suivant les prédispositions individuelles ; et, lorsque la pseudo-paralysie générale lui succède, celle-ci présente, avec la paralysie générale vraie, des différences importantes à connaître. Nous passerons successivement en revue ces différences, au point de vue : 1° des antécédents ; 2° du mode de début ; 3° des symptômes ; 4° de la marche ; 5° du pronostic ; 6° des lésions anatomopathologiques et enfin du traitement.

(1) Camuset. Contribution à l'étude de la pseudo-paralysie générale d'origine alcoolique. *Ann. méd. psych.* 1883.

ANTÉCÉDENTS. — Dans la paralysie générale vraie, on ne trouve que rarement des excès alcooliques dans les antécédents des malades ; s'ils en ont commis quelques-uns, un examen attentif fait découvrir que c'est sous l'influence de la maladie commençante. Dans la pseudo-paralysie, les antécédents alcooliques sont des plus avérés. Les malades possèdent parfois de ce chef de vrais quartiers de noblesse ; leur famille, eux-mêmes, avouent leurs excès. Leur identité alcoolique est, du reste, souvent facile à établir, car, intoxiqués depuis longtemps, ils présentent assez généralement les signes de la cachexie ébrieuse. Et, lorsque apparaissent les premiers symptômes de la pseudo-paralysie, ceux-ci ne sont qu'une étape dans l'évolution d'un alcoolisme déjà ancien qui s'est déjà manifesté par ses troubles somatiques et psychiques si caractéristiques (cauchemars, rêvasseries ; visions d'incendies, d'animaux, rats, serpents ; tremblement musculaire, troubles digestifs, etc.)

DÉBUT. — Les symptômes qui apparaissent, en général, les premiers dans la pseudo-paralysie sont les attaques *épileptiformes* ou *apoplectiformes* ; chez le malade qui fait le sujet de notre première observation, elles sont notées dès 1873. Elles se succèdent plus ou moins nombreuses ; proportionnées à l'acuité de l'intoxication et diminuent à mesure que le poison s'élimine.

En dehors de ces crises, la pseudo-paralysie générale alcoolique débute souvent par un accès d'alcoolisme plus ou moins aigu. Cet accès a des caractères propres qui masquent, pendant un certain temps, la

paralysie générale, et celle-ci apparaît clairement et atteint rapidement son apogée, après que les symptômes alcooliques ont disparu.

Tout autre est le début de la paralysie générale vraie. Elle est précédée d'une période prodromique de durée variable, et ses manifestations morbides, peu apparentes au début, s'accroissent ensuite d'une manière progressive. Celles-ci sont, d'ailleurs, indépendantes d'accès alcooliques antérieurs. En outre, les attaques épileptiformes ou apoplectiformes, loin d'apparaître au début comme dans la pseudo-paralysie, ne se manifestent ordinairement que dans les dernières périodes. Leur apparition précoce a, cependant, été observée quelquefois, rarement il est vrai ; dans ce cas, l'attaque est presque toujours unique.

SYMPTÔMES. — La pseudo-paralysie générale alcoolique a, de plus que la paralysie générale vraie, des signes qui lui sont propres. Nous nous contenterons de les énumérer, renvoyant, pour une étude plus complète, aux traités spéciaux ; ce sont : 1° une coloration rouge du visage, teint couperosé, la teinte ictérique des conjonctives, et souvent l'embonpoint des buveurs ; 2° des troubles gastriques divers : vomissements glaireux ou bilieux (pituite), gastrorrhée, pyrosis, dyspepsie, anorexie ; 3° des troubles de la sensibilité, céphalalgie, insomnie, fourmillements, crampes ; 4° des troubles visuels ou auditifs : ambliopie alcoolique, mouches volantes, bourdonnements ; 5° enfin des troubles intellectuels, hallucinations de la vue et de l'ouïe, cauchemars, visions d'animaux, etc.

Outre ces symptômes spéciaux à la pseudo-paralysie générale alcoolique, ceux qui lui sont communs avec la paralysie générale vraie diffèrent encore par quelques caractères. L'inégalité pupillaire qui manque quelquefois, 1 fois sur 3, dans la paralysie générale est la règle dans la pseudo-paralysie. De plus, chez cette dernière, les pupilles sont toujours très paresseuses, immobiles même, surtout celle qui est la plus dilatée. Leur ouverture est inégale, comme déchiquetée, dit Lacaille, et leur coloration plus terne qu'à l'état normal. Dans la paralysie générale, au contraire, les pupilles sont toujours contractiles et sensibles à l'action de la lumière ; leur ouverture est normale.

Il est rare de constater des troubles de la sensibilité et si, parfois, on voit survenir des anesthésies ce n'est, dans tous les cas, que tardivement. Dans la pseudo-paralysie les troubles de la sensibilité font rarement défaut ; ils consistent en des anesthésies ou des hypersthénies plus accentuées au niveau des parties qui sont le siège de tremblements.

Les troubles de la motilité diffèrent également dans les deux maladies. Chez les alcooliques, le tremblement est souvent généralisé à tout le corps, c'est une trémulation en masse qui est de plus intermittente, s'accroissant par moments quand on sollicite le malade par des questions pressantes. Chez les paralytiques généraux il ne s'observe guère qu'aux membres supérieurs, à la langue, à la lèvre supérieure ; c'est là qu'il se localise spécialement ; il est en outre très fin et essentiellement fibrillaire. Les mêmes différences s'observent pour l'embarras de la parole. Il est lent, continu et bien plus grossier chez les ivrognes qui ont la

« langue épaisse » dit une expression vulgaire, qu'on voudra bien nous pardonner parce qu'elle caractérise à elle seule ce trouble si particulier.

Du côté intellectuel, nous avons déjà signalé le délire et les hallucinations spéciales qui accompagnent l'intoxication alcoolique. Les malades de cette catégorie présentent bien le délire mégalomane, mais ils n'arrivent jamais aux conceptions gigantesques et naïves des paralytiques généraux. Celui qui fait l'objet de notre deuxième observation se vante seulement de posséder 150,000 fr. de fortune. Mais ce qui domine tous ces troubles intellectuels consécutifs à l'intoxication alcoolique, ce qui leur sert pour ainsi dire de fonds commun, c'est suivant l'expression du professeur Lasègue un état d'hébétéude et d'abrutissement. « Chez ces malades, dit-il, l'intelligence est émoussée et ils restent *obtus* sans *devenir indifférents*. Ils n'ont pas, bien s'en faut, l'indifférence, encore moins le contentement des paralytiques. Ils se plaignent de leurs souffrances ; s'ils en abrègent le récit, c'est uniquement par paresse, et il suffit de les replacer sur ce terrain pour qu'ils rendent compte des moindres sensations. » Notons encore la céphalalgie aussi fréquente chez les alcooliques qu'elle est rare dans la paralysie générale vraie.

MARCHE ET PRONOSTIC. — Nous n'avons eu jusqu'à présent à signaler que des différences de détail entre les deux maladies dont nous faisons le parallèle. L'étude de leur marche respective et de leur pronostic va nous révéler des différences bien autrement importantes. Ce deux

états morbides en effet évoluent dans un sens absolument inverse. La pseudo-paralysie au début est le plus souvent, comme nous l'avons dit plus haut, masquée par un accès d'alcoolisme; celui-ci terminé, elle apparaît et atteint d'emblée son maximum d'intensité. Lorsque l'organisme est profondément imprégné, les malades sont, dès le premier jour, plongés dans le marasme le plus profond, ils sont abrutis, déments, gâteux au point qu'on les croit prêts à succomber. Aussi, est-ce souvent dans le sens le plus fatal que le praticien consulté songe à libeller son pronostic. Il annonce à la famille comme imminente une catastrophe que les faits ne vont pas tarder à démentir. En effet, si après avoir soustrait ces malades au milieu dangereux où ils vivent, on leur fait subir un traitement approprié, on voit les phénomènes si graves du début s'amender les uns après les autres. Les forces reviennent petit à petit, les sphincters reprennent leur tonicité, l'intelligence reparaît par degrés, et l'on voit, pour ainsi dire, renaître des malades que l'on avait fatalement condamnés tout d'abord. On comprendra, sans peine, l'importance énorme de cette marche régressive de la pseudo-paralysie générale, au point de vue de sa différentiation avec la paralysie générale vraie. Celle-ci même, lentement quelquefois, mais sûrement vers la mort. A quoi tient cette différence? Dans la paralysie générale, les lésions que nous avons décrites plus haut sont profondes, le cerveau est frappé d'une sclérose irrémédiable. Dans la pseudo-paralysie, au contraire, la cause du mal est un poison, l'alcool ou le plomb, car, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, pseudo-para-

lysie générale alcoolique et pseudo-paralysie générale saturnine ont des symptômes et une marche à peu près semblables. Or, dit M. le D^r Régis, « quel que soit le mode d'action de ce poison sur l'économie, et l'élément anatomique sur lequel il se localise, il n'en est pas moins vrai que, du jour où le malade est soustrait à des absorptions nouvelles, à moins que la dose ait été trop massive ou les désordres irréparables, auquel cas il y a mort rapide, les symptômes d'empoisonnement doivent s'amender. Très marqués au début, parce qu'à ce moment l'économie est saturée par l'agent toxique, ils diminuent et finissent par disparaître à mesure que cet agent s'élimine par les voies naturelles d'excrétion. C'est le cas de dire et avec juste raison : « *Sublata causa, tollitur effectus.* »

Nous avons parlé, dans notre premier chapitre, de la marche toute différente et du pronostic autrement moins consolant de la paralysie générale progressive. Nous n'y reviendrons pas. Disons seulement que la disparition des symptômes ne s'effectue pas de la même manière dans les rémissions de la paralysie générale que dans la pseudo-paralysie générale alcoolique. Ainsi l'inégalité des pupilles qui s'efface tout d'abord dans la première de ces maladies est, au contraire, un des symptômes les plus tenaces et le plus long à disparaître dans la seconde. On en trouvera un exemple dans notre observation II.

Ainsi donc, la paralysie générale ordinaire a une tendance à peu près constante vers l'aggravation; la pseudo-paralysie générale alcoolique, une tendance constante vers la guérison.

Ces guérisons si surprenantes de la pseudo-paralysie alcoolique ont été considérées par quelques auteurs (Moreaux, Th. de Paris) comme des rémissions d'une paralysie générale succédant à l'alcoolisme. En réponse à cette objection, nous rappellerons que les rémissions, d'ailleurs fort rares dans la paralysie générale, sont en outre toujours incomplètes : les malades, comme nous l'avons dit plus haut, ne reviennent jamais entièrement à leur état de santé antérieur. De plus, à chaque réapparition des accidents, les manifestations morbides seraient de plus en plus graves. Or, nous n'observons rien de semblable dans la pseudo-paralysie générale alcoolique. Les guérisons sont généralement très franches, et se maintiendraient sans nul doute indéfiniment si les alcooliques, une fois guéris, avaient le courage de renoncer à leur funeste passion.

Mais il n'en est malheureusement pas souvent ainsi : qui a bu boira, dit un proverbe. La plupart du temps les malades rendus à la liberté reprennent rapidement leurs habitudes mauvaises et sont emportés par une affection intercurrente, ordinairement d'ordre circulatoire (hémorrhagie cérébrale, etc.)

DIAGNOSTIC. — La pseudo-paralysie générale alcoolique étant une affection curable, il est de la plus haute importance de la diagnostiquer de bonne heure. Nous venons d'énumérer les signes qui peuvent aider à la distinguer de la paralysie générale vraie. Mais cette dernière peut très bien coexister avec l'alcoolisme. Comment alors différencier cet état de la pseudo-paralysie générale alcoo-

lique? Dans ce cas, les deux états morbides évoluent en sens inverse: la paralysie générale poursuit sa marche progressive ordinaire et fatale, tandis que, d'autre part, l'alcool en s'éliminant entraîne la disparition des accidents alcooliques.

Dans la pseudo-paralysie, au contraire, alcoolisme et phénomènes paralytiques vont en s'affaiblissant parallèlement, au fur et à mesure de l'élimination du poison.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les altérations anatomiques qu'entraîne l'abus de l'alcool doivent être étudiées dans le cerveau et dans les différents organes, afin de bien connaître leurs caractères généraux qui seuls nous importent actuellement. Ces caractères sont ceux de l'irritation chronique du système vasculaire dans son entier, et des parties avoisinantes aboutissant à l'artérite et à l'athérome, plus manifestes encore dans certains départements vasculaires comme celui de la veine porte. Dans l'encéphale des alcooliques on trouve donc, avant tout, des lésions inflammatoires chroniques, vasculaires et périvasculaires; mais on observe aussi certaines formes inflammatoires méningées, qui se montrent de préférence dans le département de certaines artères cérébrales, la sylvienne ou la méningée moyenne de préférence. L'inflammation de la dure-mère, dans les régions irriguées par cette dernière artère, donne naissance à une végétation de vaisseaux embryonnaires, véritable pachyméningite vasculaire, qui n'est autre que la pachyméningite hémorragique dont l'évolution et les caractères histologiques sont

aujourd'hui trop connus pour qu'il nous paraisse utile de les reproduire dans ce travail, qui est, avant tout, synthétique.

TRAITEMENT. — Le traitement consiste, comme dans tous les cas d'alcoolisme à la période aiguë, à employer les bains plus ou moins prolongés, l'opium et ses dérivés, avec abstention presque complète de liquides alcooliques.

Puis, lorsque le calme commence à revenir, il est bon de donner aux malades une quantité de vin régulièrement progressive. Dans tous les cas, il faut éviter de les en priver complètement.

OBSERVATION 1 ⁽¹⁾

*Pseudo-paralysie générale alcoolique. — Seize guérisons.
Seize rechutes*

D... âgé de 28 ans, entre pour la première fois à l'asile de Sainte-Anne, le 9 août 1870, accompagné des deux certificats suivants :

CERTIFICAT DE LA PRÉFECTURE DE POLICE. — *Démence paralytique*. Affaiblissement intellectuel ; conceptions délirantes ambitieuses ; embarras de la parole.

D^r LEGRAND DU SAULLE.

CERTIFICAT IMMÉDIAT. — *Paralysie générale*. Affaiblissement des facultés mentales ; amnésie, incohérence, sourire de satisfaction. Embarras de la parole, tremblement de la langue et des mains, céphalalgie, étourdissements, crampes ; anciens excès alcooliques. Conscience incomplète de ses actes. Ne jouit pas de sa liberté morale.

D^r GIRARD DE CAILLEUX.

(1) D^r RÉGIS. — L'Encéphale, janvier 1883.

Depuis cette époque jusqu'à sa dernière séquestration (1^{er} février 1882) D..., quinze fois traité et guéri dans les asiles, y est quinze fois revenu. Rendu à la liberté, il reprenait ses habitudes alcooliques, volait, commettait des actes extravagants et devait être chaque fois réintégré dans un asile, dans un état mental en tout semblable à la paralysie générale.

Ce malade n'est pas du reste sans avoir quelques antécédents héréditaires.

Son grand-père paternel, ancien soldat du premier empire, et son père, aubergiste, grands buveurs, sont morts tous les deux d'un coup de sang, l'un à 61 ans, l'autre à 48 ans. Des seize autres enfants de son père, 9 sont morts en bas âge et de convulsions. Lui-même a eu des convulsions à l'âge de 13 ans. Pas d'autre affection grave dans sa vie, si ce n'est *une blessure légère à la tête* dans un combat pendant la guerre de 1870. Jamais de chagrin, ni d'ennui ayant pu influencer sur son état mental.

En 1870, premier accès d'alcoolisme, revêtant dès l'abord, ainsi qu'on a pu le voir par les certificats rapportés plus haut, tous les caractères physiques et intellectuels de la paralysie générale.

A ces symptômes sont venus se joindre, à chaque accès, des signes non moins manifestes d'alcoolisme subaigu (insomnie, rêves, terreurs, cauchemars, visions d'animaux, peur d'être poursuivi, panique, tremblements, crampes).

Les péripéties et les drames pathologiques auxquels ont donné lieu les accès d'alcoolisme du malade sont innombrables ; nous nous bornerons à une courte énumération des principaux. Souvent il a rêvé qu'il avait des ailes ou tombait dans des précipices. Il voyait des oiseaux, des souris qu'il écrasait, de petits vers semblables à du vermicelle qui le rongeaient sur tout le corps.

Une nuit, il s' imagine qu'un cochon est couché auprès de lui ; il l'entend grogner, sent son groin se frotter contre son visage. Effrayé il se lève en le repoussant, puis cherche à se jeter sur lui. A ce moment, il s'aperçoit que c'est sa femme qui est à ses côtés et qu'il est sur le point de frapper.

Une autre fois, il monte en chemin de fer, sans avoir besoin d'aller nulle part, sans savoir pourquoi. En route, il s' imagine

que tous ses effets brûlent, qu'il est en feu. Affolé, il jette sa montre, se dépouille de ses vêtements, les met en pièces, crie au secours et veut s'élancer à peu près nu par la portière. Les autres voyageurs, terrifiés, l'ont fait arrêter à Mâcon, où il est dirigé sur l'hôpital. Il y reste six jours, puis sort guéri.

Un matin, ayant passé sa nuit au bal de l'Opéra, et ayant bu suivant sa coutume, il va se coucher avec un de ses amis. Vers deux heures de l'après-midi, il s'éveille au milieu d'un cauchemar affreux : il se voit entouré d'ennemis, il croit qu'on lui donne des coups de sabre. Vite il se lève, saute par la fenêtre située au deuxième étage, et tombe, sans se faire aucun mal, sur la terrasse d'un café.

Les symptômes de paralysie générale n'ont pas été moins nets. Cinq aliénistes des plus compétents (1) ont formulé, en effet, à différentes reprises, le diagnostic de paralysie générale, et un sixième déclara, dès 1871, le malade comme tendant à cette affection (Magnan).

En effet, dès son premier accès, D... présente de l'embarras marqué de la parole, de la faiblesse musculaire, de l'inégalité des pupilles, des conceptions ambitieuses incohérentes, de l'affaiblissement intellectuel, de la diminution du sens moral, une tendance marquée aux vols absurdes et à l'évasion. A chaque reprise, les mêmes symptômes se reproduisent. C'est plus qu'il n'en faut, je crois, pour justifier le diagnostic de paralysie générale tant de fois inscrit dans les certificats délivrés à chaque nouvelle séquestration du malade, certificats qu'il eût été trop long pour nous de reproduire. Nous nous bornerons à transcrire ceux de la dernière entrée.

Seizième séquestration

(1^{er} février 1881)

CERTIFICAT DE LA PRÉFECTURE. — Alcoolisme chronique. Déjà placé quinze fois. Hémiplegie incomplète. Faiblesse d'intelligence. Arrêté emmenant une voiture du marché. Hébétude. Répond à peine.

D^r LASÈGUE.

(1) Lasègue, Voisin, Legrand du Saulle, Girard de Cailleux, Régis.

CERTIFICAT IMMÉDIAT. — Alcoolisme chronique avec symptômes de paralysie générale. Entré comme paralytique général en 1870. Depuis lors, seize rechutes. Embarras de la parole, tremblement très prononcé de la langue et des mains. Affaiblissement intellectuel. Évadé de Bicêtre.

D^r RÉGIS.

Les idées de grandeur manifestées par le malade ont été, comme elles le sont dans la paralysie générale, absurdes, mobiles, contradictoires, incohérentes. D... disait qu'il allait devenir millionnaire, fonder des établissements de toute sorte, avoir des écuries et des chevaux magnifiques, etc., etc. Un jour il entre au café Riche, s'en croyant le propriétaire et dit d'un ton de maître à la caissière qu'elle peut partir, qu'il n'a plus besoin de ses services. Comme elle résistait, il s'est emporté et a cassé les glaces. Arrêté pour ce fait.

Quant aux symptômes de démence, ils ont été très manifestes dès le début. L'affaiblissement intellectuel est noté dans la plupart des certificats, et l'état de démence et de paralysie dans lequel se trouvait D... était si nettement caractérisé que M. Legrand du Saulle a pu écrire en octobre 1872 : *Démence paralytique déjà très avancée.*

Deux points particuliers doivent nous intéresser dans la marche des phénomènes morbides chez le malade. On a vu qu'à partir du 9^{me} accès sont survenus des accidents épileptiques, qui sont signalés notamment dans les certificats relatifs aux 9^{me}, 10^{me}, 11^{me} et surtout 12^{me} séquestration, et qui sont considérés par tous les médecins comme de nature alcoolique. Ces accidents disparaissent bientôt, avec la même facilité que les autres symptômes de démence et de paralysie, mais ils font place bientôt à un autre ordre de phénomènes, à des accidents apoplectiques qui se traduisent par une hémiplégie droite, qui elle-même disparaît en laissant de ce côté une certaine faiblesse musculaire.

Lors de son entrée à la clinique, au mois de février 1882, D... présentait tous les symptômes d'une démence paralytique avancée. Je dis démence, car cette fois il ne manifestait pas d'idées ambitieuses. Il était comme abruti, et semblait plongé dans la démence la plus profonde. Son embarras de la parole, à caractère ataxique et s'accompagnant de mouvements spasmodiques des lèvres et de la langue était tel qu'il pouvait à peine

arriver à se faire comprendre. Les pupilles étaient inégales, le tremblement des extrémités très marqué, et la faiblesse des membres très accusée, surtout à droite.

C'est dans cet état que nous le présentâmes aux élèves, et nul ne doutât qu'on ne fût en présence d'un paralytique général près de sa fin. Nous annonçâmes cependant la guérison prochaine du malade, et dénonçâmes son affection comme une *pseudo-paralysie générale alcoolique*.

En effet, un mois après, D... commençait à travailler à la cuisine de Sainte-Anne. A ce moment, l'embarras de la parole et les tremblements sont bien moins accusés, la faiblesse musculaire commence à disparaître, et la démence elle-même se dissipe. L'intelligence est plus ouverte, quoiqu'encore un peu affaiblie. Les divers organes sont sains. Le cœur ne présente rien de particulier, les artères sont dures, mais l'athérome n'est point très marqué. Les pupilles sont resserrées et légèrement inégales.

Le symptôme qui persiste le plus est l'affaiblissement du côté droit. On sait que l'année précédente, D... avait eu une attaque apoplectique, suivie d'hémiplégie droite avec aphasie pendant cinq semaines, état gâteux et insensibilité absolue.

Tous ces accidents avaient disparu peu à peu, à part la faiblesse du côté droit, qui avait persisté à un certain degré. Au dynamomètre, la main droite produisait 30 kilogr. de force de moins que la main gauche.

Petit à petit, les symptômes de paralysie générale que présentait le malade ont disparu entièrement; il ne reste plus rien de l'embarras de la parole, du tremblement, de la démence, de la paralysie. Tout est rentré dans l'ordre et, à part un très léger degré de faiblesse musculaire à droite et un certain défaut de vivacité intellectuelle, D... est dans un état absolument normal, à ce point que, malgré ses seize rechutes, force nous est de le rendre enfin à la liberté.

Il sort le 14 juin 1882.

Voilà donc un malade qui, déjà en 1870, présentait tous les symptômes de la méningo-encéphalite diffuse, qui a été considéré à ce moment comme paralytique général par tous les médecins qui l'ont examiné et qui a passé sa vie à démentir le pronostic fâcheux porté sur son compte. Seize fois, il a présenté tous les

signes de la paralysie générale, et seize fois il a guéri et à l'heure actuelle il est tout aussi éloigné de la démence paralytique terminale qu'au début de sa carrière pathologique.

OBSERVATION II

Existence de tous les symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale chez un alcoolique chronique. — Guérison des deux premiers accès. — Mort à la troisième rechute. — Autopsie : Athérôme généralisé ; pachyménin-gite hémorrhagique. — Aucune lésion de paralysie générale.

D... Auguste, 57 ans, menuisier, célibataire, entre à la clinique (asile Sainte-Anne), le 26 décembre 1880, accompagné des deux certificats suivants :

24 décembre 1880. — Agitation maniaque. Arrêté nombre de fois pour délits insignifiants. Déjà traité deux fois à Ste-Anne. Arrêté de nouveau, ne pouvant payer un fiacre. Excitation sans violences. Habitudes alcooliques.

D^r LASÈQUE.

25 décembre. — Excitation maniaque avec idées ambitieuses ; loquacité ; propos incohérents ; habitudes alcooliques ; contusions de la face.

D^r MAGNAN.

Rien de particulier à relever chez les ascendants de D..., si ce n'est que son père mort à 78 ans était un fort buveur. Un de ses frères est mort à 57 ans, à Bicêtre ; le second est aussi à Bicêtre, à l'asile des vieillards.

Pour lui, il a commis toute sa vie des excès de boisson, et, comme l'indique le certificat cité plus haut, il en est à son troisième accès d'alcoolisme.

Le premier n'a rien présenté de saillant et le malade est sorti de l'asile après quelques jours de traitement.

Le second, qui a eu lieu au mois de juillet 1880, s'est accompagné d'actes délictueux qui ont nécessité à nouveau la séquestra-

tion. Ce second accès s'est surtout caractérisé par quelques symptômes de paralysie générale; conceptions ambitieuses : il est fils de général, son ouvrage l'attend; incohérence, affaiblissement intellectuel. Or, deux mois après, tous ces symptômes avaient disparu et le 30 septembre le malade sortait guéri.

Sorti de l'asile, il n'eut rien de plus pressé que de reprendre ses habitudes d'intempérance et commis de nouveaux excès de boisson. Sous leur influence, il s'excite et ne tarde pas à présenter cette fois, non plus quelques symptômes, mais tous les symptômes d'une paralysie générale à forme maniaque. Comme beaucoup de paralytiques excités, il se fait arrêter ne pouvant payer un fiacre dans lequel il se faisait promener depuis plusieurs heures; comme eux aussi, il est loquace, déclame à tout propos et ne dort pas la nuit. Enfin, son intelligence est affaiblie : il présente un délire ambitieux, absurde, incohérent, alternant avec des idées hypocondriaques. Exemple : Son grand-père était, dit-il, boucher de Louis XVI; son grand oncle était le colonel De Failly; le général De Failly est son cousin; lui-même s'appelle D... Barbier De Failly; il a 150,000 fr. de fortune, etc. D'autres fois, il est déprimé et refuse de manger, sous prétexte que cela lui est impossible. En même temps, il présente un tremblement assez fin de la langue et des mains, de l'hésitation dans la parole, de la contraction exagérée des pupilles avec inégalité (la droite est plus large), en un mot, tous les symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale. — De plus, les artères sont flexueuses et dures, le pouls petit, lent, intermittent, les battements du cœur précipités par saccades, sourds, mais sans souffle organique.

Au bout d'un mois, les symptômes de paralysie générale se sont notablement amendés chez D..., surtout au point de vue intellectuel. Il est calme, raisonnable et s'occupe chez le menuisier de l'asile. Le seul signe qui persiste est l'inégalité pupillaire avec myosis.

2 mars. — Le malade cesse brusquement de travailler à l'atelier; il se dit mal en train, se plaint de la tête. Etat saburral très prononcé; haleine fétide. — Purgatifs.

8 mars. — Même état. Pas d'excitation. Torpeur intellectuelle.

9 mars. — Attaque d'apoplexie dans la nuit. Le malade est

dans le stertor; mouvement de « fumer la pipe ». Hémiplégie gauche incomplète avec anesthésie absolue, même du globe oculaire de ce côté. Du côté droit, résolution musculaire avec anesthésie légère. — Mort le 10 mars, à onze heures du matin, sans avoir repris connaissance.

Autopsie. — Hémorragie dans la cavité de l'arachnoïde (pachyméningite hémorragique). Il existe à la surface des deux hémisphères, au niveau des deux tiers antérieurs de la face externe du cerveau à gauche, et du tiers antérieur à droite, une vaste nappe de caillots cruoriques, limitée superficiellement par la dure-mère, dont la face interne présente une coloration jaune rougeâtre et, profondément, par le feuillet viscéral de l'arachnoïde très notablement épaissi et offrant, lui aussi, l'aspect d'une membrane jaune rougeâtre, molle et friable. Au niveau du foyer, l'arachnoïde est facilement séparable de la dure-mère, à laquelle elle n'adhère que par l'intermédiaire de cette nappe cruorique; mais elle s'y réunit à la périphérie et, à ce niveau, elle perd peu à peu ses caractères pathologiques. Lorsque, après avoir enlevé les caillots, on examine la surface interne de la dure-mère, on trouve, en certains points, de petites masses d'apparence fibrineuse, fortement adhérentes à cette membrane, qui doivent indiquer le point de départ de l'hémorragie. Athérome généralisé et très marqué des artères de la base. *Aucune adhérence des méninges à la couche corticale du cerveau. Pas de granulations sur l'épendyme des ventricules. Rien aux coupes.*

Le cervelet, la protubérance et la moelle n'offrent rien de particulier.

Aucune lésion des organes thoraciques ou abdominaux, à part l'athérome de l'aorte, épaissie et notablement augmentée de volume.

POIDS DE L'ENCÉPHALE

Cerveau.....	1.088
Hémisphère droit.....	550
Id. gauche.....	538
Cervelet.....	137
Hémisphère cérébelleux droit... .	68
Id. id. gauche.....	69
Bulbe, protubérance	26

OBSERVATION III ⁽¹⁾

Alcoolisme simulant la paralysie générale. Hémiplégie. Embarras de la parole. Délire peu accusé, plutôt lyémanique. Etat gâteux ; guérison.

Le nommé X..., âgé de 54 ans, d'un esprit assez cultivé, s'est toute sa vie occupé d'inventions. Il est actuellement à la tête d'une industrie assez importante. Cet homme s'adonne depuis longtemps aux boissons alcooliques, et en particulier à l'absinthe. Depuis quelque temps, sa famille a remarqué un changement considérable dans son caractère ; il est devenu triste, ombrageux, susceptible et un véritable objet de terreur pour sa femme et ses enfants. On hésite pour cette raison à le laisser pénétrer dans ses ateliers, d'autant mieux qu'il a totalement perdu la mémoire et qu'il est, incapable de s'occuper de ses affaires.

Appelé auprès de lui le 15 juin 1883, je constate l'état suivant : l'expression de la physionomie du malade est assez étrange ; il a les yeux égarés. Je ne puis me rappeler s'il a présenté de l'inégalité des pupilles ; dans tous les cas, pas de strabisme. Il répond avec hésitation aux questions que je lui adresse, et ses réponses sont pleines de réticences inintelligibles, analogues à celles des persécutés. Il est impossible de constater du délire des grandeurs. Nous notons d'un autre côté de l'hésitation dans la parole, du tremblement des lèvres, mais plus grossier que celui de la paralysie générale, et une parésie très marquée de tout le côté gauche. La démarche est pénible, le malade traîne la jambe gauche et il lui est impossible de se servir de la main du même côté. Il perd ses urines, la nuit, assez régulièrement, et trois ou quatre fois seulement il a eu des selles involontaires. Les mains sont le siège d'un tremblement très-accusé.

L'appétit est diminué, la langue, plutôt sèche, est recouverte d'un enduit suburral jaunâtre.

Dans la journée, le malade a une tendance invincible au sommeil ; s'il se lève pendant quelques instants, comme pour vaquer

(1) Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Laure.

à ses occupations habituelles, il se recouche bientôt et on l'entend marmotter, comme dans un rêve, des paroles inintelligibles.

En présence de ces symptômes, je n'hésitai pas à porter le diagnostic de paralysie générale d'origine alcoolique et un pronostic grave qui fort heureusement ne fut pas justifié par la suite, attendu que le malade guérit beaucoup plus promptement qu'il n'était permis de l'espérer.

La médication instituée fut : bromure de potassium et sirop de chloral. Purgation avec eau d'Hunyadi Janos. Lait. J'interdis formellement au malade l'usage d'aucune boisson alcoolique. Cette prescription fut exécutée à la lettre.

Je revois le malade au bout de huit jours. L'aspect général de sa physionomie avait déjà changé ; son caractère s'était adouci et il était devenu moins indifférent à ses affaires. Au bout de quinze jours, il ne traîne presque plus la jambe, mais il conserve encore une parésie du bras gauche qui n'a cessé définitivement qu'au mois d'août, époque à laquelle notre alcoolique est absolument guéri et a pu reprendre la direction de son industrie.

OBSERVATION IV ⁽¹⁾

Alcoolisme. — Parésie des membres inférieurs. — Dilatation inégale des pupilles. — Céphalalgie. — Délire à tendance typémanique. — Sommeil comateux. — Guérison.

Je suis appelé, dans les premiers jours de juin 1883, auprès du nommé X..., marchand de grains, âgé de 44 ans. Cet homme est malade, me dit-on, depuis une quinzaine de jours. La personne qui est chargée de le veiller me prévient qu'il est d'un tempérament nerveux, très débauché, et qu'il consommait chaque jour toutes sortes de liqueurs et particulièrement de l'absinthe.

Le malade est au lit, hébété, somnolent, et répond difficilement à mes questions. Il n'a eu aucun accident qui puisse rap-

(1) Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Laure.

peler une hémiplegie, même légère. Il se plaint de douleurs lombaires très vives, d'une céphalalgie constante; il existe, en outre, une sorte de paraplégie incomplète, le malade pouvant à peine se tenir debout. Il a perdu complètement la mémoire; c'est un voisin qui est obligé de s'occuper de ses affaires et de régulariser sa comptabilité.

Il passe son temps à dormir; le sommeil est agité et s'accompagne de rêvasseries dont le principal thème se rapporte à des idées plus ou moins bachiques qui le hantent sans cesse. Je n'ai pas constaté de délire ambitieux; ses conceptions ont plutôt une tendance lypémanique.

La médication instituée fut : purgatif salin, une potion bromurée, du chloral et une pastille de potasse derrière la nuque. Je conseillai également de faire entrer le malade dans une maison de santé.

Sur ces entrefaites, son beau-frère le conduit à la campagne, où il est confié aux bons soins du Dr Grabinski.

Appelé vers la fin de juillet à Neuville pour revoir ce malade, je constatai que, loin de s'être amélioré, son état général était beaucoup plus grave. La somnolence était complète; il était dans une sorte de coma d'où on ne pouvait absolument pas le tirer. Il s'y joignait un certain état fébrile, la langue était comme rôtie. M. X... ne marmottait plus, mais poussait de temps en temps de véritables cris.

Les pupilles étaient très inégales.

Nous prescrivîmes : nouveaux révulsifs, lavements purgatifs, continuation du chloral et du bromure.

Quant au pronostic, instruit par l'expérience de ma première observation, et me basant sur les antécédents alcooliques du malade, je laissai espérer à la famille une issue heureuse pour la crise actuelle.

Cette manière de voir ne fut pas démentie. En effet, ayant eu des nouvelles du malade vers la fin de septembre, j'appris, sans trop d'étonnement cette fois, qu'il était en voie de guérison.

De nouveaux renseignements très précis, que j'ai recueillis en juin 1884, m'ont appris que M. X... est complètement rétabli. Tous les troubles somatiques et intellectuels ont disparu; la mémoire est revenue. Il a repris actuellement la direction de ses affaires.

OBSERVATION V

Excès alcooliques nombreux, délire mégalomaniacal absurde, incohérent. — Tremblement des lèvres et de la langue; hésitation de la parole; tremblement des mains. — Ictus apoplectique suivi de crises épileptiformes. — Mort.

Wipper Marie, 54 ans, née à Constance (Suisse), entre le 22 février 1884 à l'asile de Bron.

Le certificat médical porte :

La nommée Wipper Marie est d'une intelligence extrêmement faible; elle parle d'une somme de 100,000 francs qu'elle aurait mise à la disposition du commissaire de police, pour les pauvres, et sur laquelle on lui doit 7 francs. Elle raconte qu'elle a passé un an à Bron, où elle avait du travail, et d'où elle est sortie sans savoir pourquoi.

En résumé, cette femme est dans un état de démence déjà avancé, état qui dure depuis plus d'un an. Elle est inoffensive, mais incapable de subvenir à ses besoins.

19 février 1884.

Signé : Le médecin des prisons, Dr LAVIROTTE.

Certificat de quinzaine :

... Est atteinte de méningo-encéphalite diffuse, avec démence et conceptions mégalomaniacales ridicules, et doit être maintenue dans l'asile.

8 mars 1884.

Signé : Dr PIERRET.

On ne connaît pas d'aliénés dans la famille de Wipper, dont les grands parents sont morts dans un âge avancé, après avoir joui toute leur vie d'une santé robuste. Son père et sa mère, qui sont morts, n'ont jamais été atteints de maladies nerveuses. Deux sœurs et un frère vivent encore en bonne santé. Tous sont célibataires et ont émigré de leur pays.

Wipper a quitté sa patrie pendant sa première enfance pour habiter successivement diverses localités de la Suisse, puis Marseille, et enfin Lyon, qu'elle n'a pas quitté depuis 1859.

Elle était d'un caractère doux et docile, mais d'une intelligence

médiocre. Incapable de rien entreprendre, crédule au point de se laisser escroquer le peu d'argent qu'elle gagnait, elle fut, toute sa vie, domestique. Sa santé était assez bonne, et, sauf quelques malaises et quelques hémoptysies à l'époque de l'apparition des règles qui survinrent assez tardivement, à 20 ans environ, il n'y a aucune circonstance pathologique importante à noter dans son existence. Pas de syphilis connue. Ménopause à 50 ans.

Depuis quelques années, Wipper avait contracté l'habitude des boissons alcooliques et, peu à peu, elle arriva à faire des excès continuels d'eau-de-vie et de liqueurs fortes et à s'enivrer régulièrement.

Sous cette influence, son caractère changea : elle devint irritable, puis insouciant, malpropre et ne tint bientôt plus compte des conseils et des reproches de sa sœur.

Enfin, ne travaillant plus, elle fut réduite à vivre de la charité publique, tout en continuant à boire aussi souvent qu'elle le pouvait. En octobre 1883, elle devint, tout à coup effrayée, baissait la tête, se cachait, marchait continuellement comme si elle avait été en proie à une appréhension terrible, et, la nuit, criait comme si elle avait été attaquée. Cette période d'anxiété ne dura que quelques jours ; mais l'état de la malade ne fit qu'empirer. Sa mémoire et ses facultés intellectuelles s'affaiblissaient de plus en plus, la force musculaire diminuait notablement, des crampes se montraient, surtout dans les jambes, et un délire mégalomane absurde, incohérent, se manifestait en même temps qu'un peu de tremblement musculaire. Wipper, réduite à l'indigence la plus complète, promettait une fortune à chacun et disait posséder tout Lyon.

Au mois de janvier 1884, ces symptômes étaient devenus si accentués qu'elle fut arrêtée sur la voie publique, conduite à la prison et, de là, envoyée à l'asile, où elle arrive le 22 février 1884.

A son entrée, on constate : facies hébété, inexpressif, mais bienveillant. Ecchymoses sous les yeux.

Délire mégalomane incohérent des paralytiques généraux : elle veut donner 500.000 francs aux pauvres et à côté de cela elle avoue une misère profonde ; on l'a battue, etc. La mémoire est considérablement affaiblie ; les sentiments affectifs sont abolis : Wipper ne peut se rendre compte ni de son état, ni de sa situation actuelle.

Motilité. — Parésie musculaire généralisée, mais cependant un peu plus prononcée à gauche. Tremblement des lèvres et de la langue. Trouble marqué de la parole qui est tremblée, hésitante. Tremblement léger des mains. Pas d'inégalité pupillaire. La malade marche assez bien et ne gâte pas.

La sensibilité est conservée, mais un peu obtuse. — Appétit vorace.

Ces symptômes persistent en s'accroissant, et, dans la journée du 20 mars, la malade devient tout à coup bruyante, agitée; son pouls s'accélère, sa langue est sale, elle a de la constipation et la face présente un peu l'aspect typhique. La température s'élève, et à la contre-visite de 6 heures on la trouve en plein ictus apoplectique; les muscles sont dans la résolution, la commissure labiale abaissée. On transporte la malade à l'infirmerie.

Au bout de quelques heures, elle s'affaisse, perd l'usage de la parole, son faciès devient inexpressif, ses yeux sont fixes comme si la vision avait disparu et enfin, dans la nuit du 20 au 21, les sœurs la trouvent, vers 3 heures du matin, en proie à des convulsions que l'interne de garde vit un instant après et qualifia nettement d'épileptiformes. La malade était sans connaissance, les yeux légèrement déviés à droite; les membres supérieurs principalement étaient le siège des mouvements.

Le 21, les convulsions ont disparu. Wipper est toujours dans le coma, avec résolution complète des quatre membres, perte absolue de la sensibilité. Pas de déviation de la face, ni d'inégalité pupillaire.

Le 22 au matin, même état que la veille. Le côté gauche paraît être un peu plus en résolution que le droit (phénomène antérieur à l'attaque). Les réflexes rotuliens sont encore un peu indiqués à droite. La sensibilité de la conjonctive persiste seule. Un peu de nystagmus. Pouls petit, mais régulier. La respiration, difficile, s'accompagne de râles trachéaux et la malade succombe dans le coma le 22 mars au soir.

CHAPITRE DEUXIÈME

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE SATURNINE

Analogies de tout ordre entre la pseudo-paralysie généraux alcoolique et la pseudo-paralysie générale saturnine. — Différences qui séparent cette maladie de la paralysie générale étudiées au point de vue des antécédents, du mode de début, des symptômes, de la marche, du pronostic et du traitement. — Observations montrant : l'une la curabilité, l'autre les lésions différentes de la pseudo-paralysie générale saturnine.

Une chose frappe tout d'abord lorsqu'on étudie la pseudo-paralysie générale saturnine, ce sont les analogies de tout ordre qu'elle présente avec la pseudo-paralysie générale alcoolique. Comme elle, elle a des symptômes spéciaux indépendamment de ceux qui lui sont communs avec la paralysie générale, comme elle, elle a une marche régressive et une tendance à peu près constante vers la guérison. Pour toutes les deux, la cause du mal est un poison, et nous verrons plus loin que l'action du plomb sur le cerveau produit des hallucinations en tout semblables à celles de l'alcoolisme.

D'un autre côté, nous devons faire remarquer, après M. le professeur Renaut, que chez les saturnins, il est rare qu'à l'intoxication plombique ne se joigne pas une autre intoxication : l'alcool, et que cette seconde cause ne soit pas sans influence sur la marche de la maladie.

La science possède 16 cas de pseudo-paralysie générale saturnine, qui se répartissent ainsi : six ont été publiés par M. Devouges (1), un par M. Falret (2), deux par M. Delasiauve (3), un par M. Douthé (4), deux par M. Régis (5); les quatre autres ont été consignés dans la thèse de Meyer. C'est sur l'étude attentive de ces cas et du travail de M. Régis que nous allons nous baser pour établir les différences de toute nature qui séparent la pseudo-paralysie générale saturnine de la paralysie générale vraie. Nous suivrons pour cette étude le même ordre que pour la pseudo-paralysie générale alcoolique.

Nous ajoutons aux observations déjà acquises à la science un cas publié récemment par M. le Dr Camuset, cas dans lequel l'autopsie ne fit découvrir aucune lésion de paralysie générale. Notre deuxième observation, empruntée à M. le Dr Régis, nous aidera à démontrer la curabilité de la pseudo-paralysie générale saturnine.

(1) Devouges. *Ann. méd. psych.* 1857.

(2) Falret. *Recherches sur la folie paralytique*. Thèse de Paris, 1853.

(3) Delasiauve. *Ann. méd. psych.*, 1851, et *Soc. méd. hop.*, 11 février 1852.

(4) Douthé. *Ann. méd. psych.*, mai 1879.

(5) Régis. *De l'encéphalopathie saturnine dans ses rapports avec la paral. génér. progressive*. *Ann. méd. psych.*, 1880.

ANTÉCÉDENTS. — Il est presque inutile de dire qu'on les établit en général avec la plus grande facilité. Les certificats administratifs mentionnent la profession des malades qui, dans la plupart des cas, ont déjà été traités nombre de fois dans les hôpitaux pour des accidents saturnins. D'ailleurs, en dehors des commémoratifs, les malades présentent le plus souvent un certain nombre des signes de la cachexie plombique.

DÉBUT. — Comme la pseudo-paralysie alcoolique, la pseudo-paralysie générale saturnine débute parfois par des attaques épileptiformes. Mais le plus souvent les choses se passent de la manière suivante : Les malades sont en traitement dans un hôpital pour des accidents saturnins, lorsqu'ils sont pris subitement d'un accès de délire plus ou moins éclatant, suivant l'acuité de l'intoxication. Ils sont alors en proie à des cauchemars, des hallucinations de la vue de nature terrifiantes. Ce symptôme est à peu près constant. Ils voient des animaux, des soldats qui cherchent à leur faire du mal; d'autres croient qu'on veut les tuer, les brûler vivants. Aussi cherchent-ils sans cesse à se jeter hors de leur lit, ils crient, se débattent, et comme ils troublent le repos des autres malades, on doit les évacuer sur un asile d'aliénés.

Telle est la période de début de la pseudo-paralysie générale saturnine. Elle offre, comme on le voit, de grandes ressemblances avec les manifestations initiales de la pseudo-paralysie générale alcoolique. Aussi M. le Professeur Ball a-t-il appelé, avec juste raison, cet état « l'ivresse du plomb. »

Quant à la paralysie générale, nous avons décrit plus haut son mode de début tout différent.

SYMPTOMES. — En dehors des symptômes qui lui sont communs avec la méningo-encéphalite diffuse, la pseudo-paralysie générale saturnine s'accompagne en outre des signes intellectuels et somatiques de l'intoxication plombique, qui sont : 1° liseré gingival, teinte terreuse de la peau, douleurs abdominales ; 2° céphalalgies, vertiges ; 3° crampes, fourmillements, névralgies, anesthésies ou hyperesthésies partielles, arthropathies, paralysies (extenseurs des doigts) ; 4° attaques épileptiformes ; et 5°, dans l'ordre intellectuel, les hallucinations, idées de persécution, insomnies que nous avons décrites avec la période de début.

Quant aux symptômes communs aux deux maladies, ils présentent entre eux des nuances très importantes. Le tremblement de la parole de la pseudo-paralysie générale saturnine est absolument différent de celui de la paralysie générale. Il est tellement accentué, surtout au début, que l'on a grande peine à comprendre ce que disent les malades, c'est un bredouillement inintelligible. Dans une de ses observations, Devouges compare cette prononciation à celle d'une personne qui sort de l'eau froide en claquant des dents.

D'un autre côté, l'inégalité pupillaire manque quelquefois et, quand elle existe, elle est moins fugace que dans la paralysie générale vraie.

Le tremblement qui débute le plus souvent par les mains dans la pseudo-paralysie saturnine est aussi plus grossier, plus intermittent et plus accentué.

Les troubles de la sensibilité, rares dans la paralysie générale, sont au contraire notés dans la plupart des observations. Ils consistent presque uniquement en des anesthésies très marquées à la douleur.

La période d'excitation initiale, dont la durée moyenne est de 8 à 12 jours, une fois terminée, les phénomènes de paralysie atteignent d'emblée leur maximum d'intensité : le saturnin, à son entrée à l'asile, est, dans la plupart des cas, abruti, gâteux, incapable de se tenir debout.

Au point de vue intellectuel, loin de présenter le délire si caractéristique des paralytiques généraux, ces malades paraissent être sous le coup d'une abolition complète de l'intelligence ; ils sont là, l'air stupide, hébété, proférant des mots sans suite, pouvant à peine dire leur nom. M. le Dr Régis signale encore une différence dans le caractère de ces malades : « En thèse générale, dit-il, le paralytique est par essence un être doux, rempli de bonté, toujours soumis et toujours disposé à distribuer au premier venu les titres et les richesses dont il dispose. Le saturnin, au contraire, lorsqu'il n'est point dans la torpeur, a un caractère tout opposé. Il est ombrageux, défiant, grossier, égoïste, refuse de se laisser traiter et ne voit partout que des ennemis.

MARCHE ET PRONOSTIC. — La paralysie générale s'installe sournoisement et lentement. Elle augmente par gradations, interrompue quelquefois dans sa marche par des rémissions de durée variable. Mais cette marche est progressive ; l'intelligence et le corps vont s'affaiblis-

sant de plus en plus, la démence et la paralysie s'accroissent, les sphincters se relâchent et les malades arrivent à un état de déchéance et de cachexie profondes qui se termine fatalement par la mort.

La pseudo-paralysie générale saturnine, elle, suit une marche absolument inverse. Elle débute, nous l'avons vu, par un accès de délire avec hallucinations offrant de grandes analogies avec celui de l'intoxication alcoolique, accès qui masque un instant la maladie. Celui-ci terminé, la pseudo-paralysie générale saturnine apparaît non pas avec les symptômes légers de la période d'invasion, mais avec les caractères les plus graves de la période terminale. Les malades, à leur entrée à l'asile, sont déments, gâteux, paralysés, incapables de faire un mouvement à tel point qu'on s'attend à les voir succomber d'un moment à l'autre. Il n'en est rien cependant. Comme dans la pseudo-paralysie générale alcoolique, les phénomènes si graves du début ne tardent pas à s'amender et l'on voit revenir insensiblement à la vie des malades que le médecin le plus instruit avait considéré sans hésitation comme voués à une mort prochaine.

Ainsi donc, contrairement à la paralysie générale, la pseudo-paralysie générale saturnine a une marche à peu près constante vers la guérison. Si l'on en veut une preuve, l'examen des faits cliniques publiés jusqu'à ce jour va nous la donner. En effet, sur les six observations de M. Devouges, on trouve quatre guérisons, une mort et encore paraît-elle due à la tuberculose pulmonaire; la sixième observation est incomplète. Dans les onze autres cas, la maladie s'est constamment terminée

par la guérison, sauf pour le malade de M. Camuset, qui succomba à l'une des complications les plus fréquentes de l'intoxication saturnine, la phthisie pulmonaire.

Si surprenantes qu'elles soient, ces guérisons, d'une maladie en apparence si grave, trouveront néanmoins leur explication dans ce que nous avons dit au chapitre précédent. Dans la pseudo-paralysie générale saturnine comme dans la pseudo-paralysie générale alcoolique, il n'y a pas de lésion organisée. La cause du mal est un poison dont l'action plus ou moins prolongée tend à disparaître au fur et à mesure de son élimination.

Mais le plomb s'élimine plus lentement et avec une facilité moins grande que l'alcool ; aussi devons-nous noter que les guérisons restent longtemps avant d'être absolument complètes ; et l'on voit certains malades, après avoir été profondément atteints, conserver longtemps encore après leur sortie des asiles un certain degré d'affaiblissement de la mémoire ou de l'intelligence.

Les troubles somatiques disparaissent également avec une certaine lenteur et parmi eux, ceux qui persistent le plus longtemps sont l'embarras de la parole, le liséré gingival et la teinte terreuse de la peau.

DIAGNOSTIC. — On ne peut confondre la pseudo-paralysie générale saturnine qu'avec la paralysie générale vraie survenant chez un saturnin en dehors de l'action toxique du plomb. Dans ce cas, comme dans la pseudo-paralysie générale alcoolique, outre les nuances symp-

tomatiques que nous venons de signaler, la marche des deux maladies rendra toute erreur difficile. En effet, paralysie générale et intoxication saturnine ont une marche inverse; les phénomènes de la première suivant leur évolution naturelle, iront en s'accroissant de plus en plus, tandis que les stigmates de l'empoisonnement s'effaceront et disparaîtront à mesure que l'agent toxique s'éliminera.

Dans la pseudo-paralysie au contraire, les deux ordres de symptômes sont connexes puisqu'ils dépendent de la même cause. Aussi suivent-ils une marche parallèle; à mesure que les signes de l'empoisonnement diminuent, les signes de la paralysie générale diminuent d'autant, et lorsque les uns ont disparu, il ne reste également plus rien des autres.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La pseudo-paralysie générale saturnine étant, comme nous venons de le faire voir, facilement curable, trop peu de cas de mort ont été publiés pour nous permettre de décrire ses lésions anatomo-pathologiques. Nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à notre observation VII. Dans ce cas, la mort était due à la phtisie et l'examen du cerveau y a fait découvrir une certaine quantité de sels de plomb.

TRAITEMENT. — Le traitement est celui de l'intoxication saturnine (purgatifs, bains sulfureux, iodure de potassium, toniques, etc.)

OBSERVATIONS VI ⁽¹⁾

Saturnisme chronique. — Symptômes de paralysie générale à la troisième période ; gâtisme ; état des plus graves faisant craindre une mort imminente. — Guérison se maintenant depuis trois ans.

P..., ouvrier cérusier, 51 ans, entre à l'asile de Saint-Anne, le 28 janvier 1877, venant de l'Hôtel-Dieu, où il était en traitement pour des accidents saturnins.

Nous avons appris que le malade était entré dix fois dans divers hôpitaux pour des accidents de même ordre. Les premières fois, tout s'était borné à des phénomènes entéralgiques et arthralgiques ; à dater du sixième accès, la tête s'était prise, et il était survenu du délire chaque fois un peu plus violent. Les renseignements que nous tenons, tant de sa famille que de lui-même, nous permettent de dire que *P... n'a jamais fait d'excès alcooliques.*

A son arrivée à Ville-Evrard, le malade est dans un tel état d'anéantissement que l'on doit le porter immédiatement à l'infirmerie. Il est paralysé, gâteux, hébété ; sa parole est inintelligible et il ne peut faire aucun mouvement.

OBSERVATION MÉDICALE. — Démence avec paralysie générale. Affaiblissement intellectuel, perte de la mémoire, nulle conscience de ses actes ; il ne répond que *oui* et *non* sans discernement. Faiblesse musculaire générale, tremblement des mains ; il est gâteux. Agitation, surtout la nuit. Pupilles égales. Parole très embarrassée. Liseré de Burton très marqué ; teinte terreuse de la peau ; tremblement des membres et de la langue, etc.

Au mois de mai, c'est-à-dire trois mois après son arrivée à Ville-Evrard, le malade est debout ; il peut marcher, ne gâte plus et son intelligence, quoique encore très obtuse, paraît se réveiller peu à peu.

A ce moment P... eut des vertiges épileptiques. Il sentait

(1) D^r Régis, in *Ann. méd. psychol.* 1880

quelque chose qui lui montait des membres à la tête ; un nuage passait sur ses yeux et il perdait connaissance pendant une ou deux minutes. Il sentait, dit-il, venir sa crise et pouvait prévenir ses camarades ou s'asseoir. Ces accidents, qui ne durèrent que quinze jours, n'ont pas reparu depuis.

A dater de cette époque, l'amélioration s'est accentuée progressivement ; la force musculaire est revenue, le tremblement a diminué ; la parole s'est affermie en même temps que les facultés intellectuelles reprenaient leur libre exercice. Cependant, l'embarras de la parole a persisté encore quelque temps.

Août. — Le malade est dans un état assez satisfaisant pour s'occuper, d'abord à l'infirmerie comme aide, puis chez un employé de l'asile dont il n'a cessé un seul jour de faire le service depuis cette époque. Les quelques symptômes qui persistaient encore ont fini par disparaître, et aujourd'hui le malade ne conserve plus le moindre signe de trouble physique et intellectuel. Le liseré gingival, qui nous a paru dans tous les cas être le signe le plus tenace, n'est même plus perceptible chez lui, à l'heure actuelle (septembre 1880).

OBSERVATION VII

*Saturnisme chronique simulant la paralysie générale (1).
Mort par phtisie. — Autopsie.*

Le nommé Dabeau (Frédéric), 48 ans, peintre en bâtiments, entre à l'asile de Vaucluse le 23 février 1883, accompagné des deux certificats suivants :

1^o PREMIER CERTIFICAT. — *Démence paralytique.* — Affaiblissement marqué de l'intelligence, de la mémoire et de la volonté, de la sensibilité et du mouvement. Embarras de la parole. Nulle conscience de ses actes.

Signé : D^r LEGRAND DU SAULLE. 14 février 1883.

2^o DEUXIÈME CERTIFICAT. — ...est atteint d'affaiblissement des facultés mentales, avec diminution considérable de la mémoire. Incapable de pourvoir à ses besoins. Pupilles inégales. Parole embarrassée. Faiblesse musculaire plus accusée à gauche.

Signé : D^r MAGNAN. 15 février 1883.

3^o CERTIFICAT IMMÉDIAT. — Paralysie saturnine.

Signé : D^r BIGOT. 24 février 1883.

Voici l'observation du malade dans nos salles : Dabeau est maigre, l'air misérable, le teint jaune, la physionomie sans expression. Les pupilles sont inégales et réagissent mal à la lumière. La langue et les lèvres sont animées de petits mouvements fibrillaires. Hors de la bouche, la langue est ataxique. La parole est hésitante, lente, saccadée, exactement comme dans la paralysie générale. Tremblement considérable des mains. La marche est mal assurée, mais la faiblesse musculaire n'est pas plus marquée à gauche qu'à droite. Ce dernier symptôme, noté dans le certificat de M. Magnan, s'était donc dissipé en quelques jours, comme il arrive souvent dans la paralysie générale.

(1) Observation recueillie par le D^r Camuset, médecin adjoint à l'asile de Vaucluse, in *Ann. méd. psychol.* 1883.

Le réflexe tendineux du genou est conservé et ne paraît pas exagéré. — Liseré bleuâtre très marqué sur le bord libre des gencives. Signes manifestes de tuberculose pulmonaire. Les urines, examinées dans les premiers jours de l'arrivée, contiennent de l'albumine, mais en petite quantité.

Du côté intellectuel, on ne note pas de délire, mais seulement une démence prononcée avec indifférence absolue. Le malade ne s'inquiète de rien, ne se plaint pas ; à la vérité, il ne pense guère. On arrive cependant à lui faire dire qu'il a eu des coliques de plomb dans le temps.

D'après les renseignements, cet état si grave se serait établi progressivement sans accidents aigus convulsions ou attaques. Le malade ne se serait jamais rendu compte de sa situation ; l'indifférence eut été la caractéristique de sa décadence intellectuelle.

Le traitement consista en toniques, iodure de potassium et bains sulfureux. Mais les lésions pulmonaires s'aggravèrent rapidement : dyspnée, fièvre, œdème des membres inférieurs et la mort arriva le 19 mars, moins d'un mois après l'arrivée du malade.

AUTOPSIE. — La dure-mère n'adhère pas aux os du crâne ; on ne trouve pas de fausses membranes accolées à sa face interne. Les autres méninges sont épaisses et très vasculaires. Les veines dilatées sont gorgées de sang (méningite chronique). Aucune adhérence méningo-corticale ; quantité considérable de liquide céphalo-rachidien qui comprime le cerveau. Les ventricules latéraux sont aussi distendus par ce liquide. Le cerveau est très ferme, ischémié dans toutes ses parties. La substance grise participe à la dureté générale.

Les poumons renferment des tubercules en assez grand nombre ; aux sommets, ils sont plus ou moins ramollis. Le cœur est très hypertrophié et un peu gras. Plaque athéromateuse sur une des valvules mitrales, d'où insuffisance de l'orifice. Foie légèrement gras. Rien aux reins ni à la rate.

Le pharmacien en chef de l'asile a bien voulu analyser l'encéphale et il y a trouvé 36 milligrammes de plomb. Le foie renfermait aussi une quantité notable du métal.

CHAPITRE TROISIÈME

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE SYPHILITIQUE

Opinion des auteurs à propos de l'influence de la syphilis sur la production de la paralysie générale. — Diagnostic différentiel entre cette maladie et la pseudo-paralysie générale syphilitique établi au point de vue des antécédents, du mode de début, de la marche, du pronostic et du traitement. — Observations.

Parmi les auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale, bien peu admettent formellement la syphilis au nombre des causes de cette maladie. Cependant, quelques auteurs, exagérant en sens inverse, attribuent à la diathèse syphilitique une influence considérable sur la production de la paralysie générale. D'après Hildenbrand, Essmarck et Jessen (1) auraient établi que la démence paralytique reconnaît pour cause, dans la plupart des cas, la syphilis constitutionnelle. Kjelberg (2), au contraire, admet que la

(1) Allgem Zeitsch fur Psychiatrie, 1857.

(2) Nègra, Fall of paralysis gen. path. Upsalua Hospital. 1868.

paralysie générale des aliénés ne se développe jamais dans un organisme indemne de syphilis, soit héréditaire, soit acquise.

Une opinion moyenne, à laquelle se sont rattachés les docteurs Blanche et Magnan, a été émise par le docteur Coffin (1). Ce médecin distingué admet que la syphilis produirait ces cas, peu fréquents du reste, de paralysie générale *précoce*, c'est-à-dire survenant avant 35 ans. Avant lui, Ladreyt de la Charrière (voir notre historique) avait avancé que la paralysie générale survenant avant cet âge devait faire songer à la syphilis. Quoi qu'il en soit, l'opinion la plus généralement admise par les auteurs (Foville, Voisin, Lancereaux, Magnan), est celle que nous trouvons exprimée en ces termes dans le traité de Marcé :

« Dans quelques cas, on a soupçonné la syphilis d'être la cause première de la paralysie générale... Sans vouloir rejeter d'une manière absolue l'existence de cette influence étiologique, je crois qu'elle ne doit être admise qu'avec une certaine réserve; dans les cas où la mort a eu lieu et où l'autopsie a démontré le ramollissement de la couche corticale avec adhérence aux méninges, on ne peut contester l'existence d'une paralysie générale, mais on peut toujours invoquer une simple coïncidence entre les antécédents syphilitiques et les symptômes observés. Dans les cas, au contraire, où le traitement antisiphilitique a donné une guérison inespérée, je vois que

(1) Coffin : Compte rendu des travaux de la Société des V^e et XIII^e arrondissements de Paris, 1868.

les malades présentaient de l'embarras de la parole, de l'incertitude dans la marche, de l'affaiblissement intellectuel, mais jamais, à proprement parler de délire et surtout de délire ambitieux; en sorte qu'on croirait plus volontiers à une paralysie généralisée causée par des exsudations plastiques d'origine syphilitique développée à la surface des hémisphères, qu'à une folie paralytique bien réelle. »

« La paralysie générale progressive, dit de son côté M. Lancereaux (1), telle que l'ont décrite les médecins français, n'est jamais, comme l'ont pensé quelques auteurs, un effet de la syphilis, dont le caractère, dans sa phase avancée, est de se traduire invariablement par des lésions uniques ou multiples, mais limitées, toujours partielles et peu étendues. A la vérité, les désordres symptomatiques de la syphilis cérébrale peuvent offrir une grande ressemblance avec ceux de la paralysie générale; mais, lorsqu'on y regarde de près, on s'aperçoit que cette ressemblance est plus fictive que réelle, et qu'elle tient à la localisation de l'altération sur un centre particulier à la motilité ou à certaines facultés intellectuelles et non à la lésion de toute la périphérie de l'encéphale. »

Le Dr Chauvet (2) examinant dans un des chapitres de sa thèse d'agrégation les rapports de la syphilis et de la paralysie générale, arrive aux conclusions suivantes :

« 1° La syphilis seule ne peut pas produire la méningo-périencéphalite diffuse.

(1) Lancereaux. — *Gazette hebdomadaire*, 1873.

(2) Thèse d'agrégation. Paris, 1880.

« 2^o La syphilis peut produire dans l'encéphale des lésions variées, comme siège, comme étendue (tumeurs, artérites avec ramollissement, etc.), qui, dans quelques circonstances, *pourraient se traduire symptomatiquement par une sorte de paralysie générale.* »

Ce sont les cas de cet ordre, voisins mais différents de la paralysie générale ordinaire, que M. Fournier a désignés sous le nom de pseudo-paralysies générales d'origine syphilitique. Nous nous trouvons donc en présence de deux ordres de faits cliniques : d'une part, la paralysie générale survenant, chose rare d'ailleurs et peu facile à comprendre chez un sujet syphilitique, en dehors de l'action nocive de la diathèse (et ce n'est plus alors que la paralysie générale ordinaire, sur laquelle nous avons déjà si longuement insisté); de l'autre, la pseudo-paralysie générale syphilitique, le plus souvent liée à des altérations gommeuses localisées ou infiltrées.

Comme ceux que nous avons décrits dans les deux chapitres précédents, ce groupe morbide est essentiellement important à connaître et à différencier de la paralysie générale vraie, en raison de ce fait capital qu'il peut guérir sous l'influence d'un traitement approprié et institué à temps.

Or, cette différenciation est possible. « Allons au fond des choses, dit M. Fournier, analysons, scrutons les faits en détail, et nous allons reconnaître des différences importantes, essentielles, majeures, ne permettant pas d'assimiler à la paralysie générale vulgaire la pseudo-paralysie générale de la vérole. »

Ces différences, nous allons les décrire dans ce cha-

pitre, et, à l'appui de notre description, nous publions trois observations de pseudo-paralysie générale syphilitique recueillies dans le service de M. le Professeur Pierret, à l'Asile de Bron.

ANTÉCÉDENTS. — Les antécédents syphilitiques ne sont pas toujours faciles à établir. Les malades, par une espèce de fausse honte regrettable, refusent souvent de les accuser et induisent le médecin en erreur; d'autres fois, leur état mental ne permet pas d'obtenir d'eux une réponse sensée. Si donc, en l'absence des commémoratifs, le malade ne présente pas au moment de l'examen quelque lésion syphilitique concomitante, (exostoses, syphilides cutanées, alopecie, etc.) ou encore la trace indélébile du chancre induré, décrite par le D^r Montaz (1) la syphilis court grand risque d'être méconnue. On ne peut guère avoir une absolue confiance, à notre avis, pour servir de base au diagnostic à l'aspect syphilitique « syphilitic apparence » des auteurs anglais, signe auquel Fournier semble cependant accorder une certaine valeur. On trouvera une preuve de la possibilité d'une méprise dans l'observation publiée par un aliéniste des plus distingués, M. Foville (2).

Le malade était atteint d'une hémiplegie franche. Malgré l'étrangeté de ce fait qui pouvait faire songer à une lésion localisée, le docteur Colin et lui portèrent, chacun de leur côté, le diagnostic de paralysie générale

(1) Montaz, Th. de Lyon, 1880.

(2) A. Foville, loc. cit.

sans rechercher la syphilis. L'erreur ne fut reconnue qu'à l'autopsie qui fit découvrir des *tumeurs gommeuses* multiples, et une *infiltration* de même nature dans le cerveau, sans aucune des lésions ordinaires de la paralysie générale.

DÉBUT. — Les symptômes qui apparaissent généralement les premiers dans la pseudo-paralysie générale syphilitique sont des céphalées le plus souvent caractéristiques, ou des attaques épileptiformes ou apoplectiformes, qui laissent après elle des hémiplegies plus ou moins durables. Les troubles intellectuels ne se montrent que plus tard. Ce dernier mode de début est noté dans la plupart des cas, entre autres chez le malade de M. Foville, chez celui de M. Aug. Voisin (1) et chez celui de M. Fournier. Il n'est également pas rare que la syphilis cérébrale soit inaugurée à son début, avant toute autre manifestation morbide, par une ou plusieurs de ces paralysies partielles soudaines, localisées, affectant de préférence certaines régions, telles que les nerfs de la troisième ou de la sixième paire, et se traduisant par un strabisme, un ptosis, une hémiplegie faciale, etc. Trop souvent, ce sont les nerfs optiques qui sont pris, les papilles subissent l'atrophie blanche et celle-ci ne tarde pas à amener une cécité complète. On trouvera un exemple de ce début oculaire chez deux de nos malades.

Nous avons, à différentes reprises, rappelé plus haut, combien est différent le début de la paralysie générale

(1) Aug. Voisin. *Traité de la paralysie générale des aliénés*, p. 289.

vraie. Celle-ci s'installe sournoisement, lentement, et, après une période prodromique plus ou moins longue, la scène s'ouvre par les troubles intellectuels. Dans cette maladie, il y a bien aussi des ictus ; mais, outre qu'ils n'apparaissent souvent qu'à ses dernières périodes, ils sont incomplets, les parésies qu'ils entraînent sont transitoires et ils sont toujours suivis d'un progrès dans l'affaiblissement intellectuel.

Il nous reste à insister sur un symptôme qui fait rarement défaut au début de la pseudo-paralysie générale syphilitique, c'est la céphalée. Ces douleurs de tête précèdent souvent les attaques épileptiformes et se reproduisent pendant leur intervalle ; elles présentent de plus quelques caractères particuliers. Elles ne constituent pas, en effet, une véritable céphalalgie, mais une céphalée continue, opiniâtre, consistant en une douleur fixe, circonscrite. Son siège a lieu souvent du côté de la lésion. Cette douleur continue s'exagère à certains moments, la nuit, sous l'influence de la chaleur du lit, diminuant en général pendant la journée à une température moyenne et pendant les exercices. L'exaspération du phénomène par la chaleur du lit a paru aux yeux de quelques auteurs un signe assez important pour faire diagnostiquer la nature syphilitique de la céphalée.

Rien de semblable dans la méningo-encéphalite diffuse. Chose remarquable, cette maladie, qui porte si profondément son action sclérosique sur le cerveau, s'accompagne rarement de céphalalgie. Ce symptôme manque, dans la grande majorité des cas, et lorsque, par exception, il existe, cette céphalée est peu vive ;

c'est plutôt de la pesanteur, une sorte de gêne répandue sur toute la surface cérébrale ou fixée en un point que les malades connaissent mal et n'indiquent le plus souvent que si on les interroge avec obstination sur ce point spécial.

Signalons encore dans cette période initiale de la pseudo-paralysie générale syphilitique les vertiges, les nausées et les vomissements, qui se lient d'une façon plus ou moins intime aux phénomènes que nous venons de décrire.

SYMPTOMES. — Nous avons déjà insisté longuement sur le délire spécial, absurde, incohérent de la paralysie générale vraie, qu'il revête la forme ambitieuse ou la forme dépressive. Quand on le compare à celui de la pseudo-paralysie générale syphilitique, on voit qu'ils ne présentent que peu ou pas de points communs dans les deux maladies. « Les syphilitiques en question ici, dit Fournier, sont bien des malades en état d'excitation cérébrale, d'excitation avec hébétude, de délire, voire passagèrement de délire maniaque. Ils sont bien, suivant les formes de leur état intellectuel, exaltés, extravagants, incohérents, ou bien déprimés, abrutis, presque idiots. Mais, au total, ils ne sont que cela et n'offrent pas de troubles délirants particuliers comme dans la paralysie générale. » Leur délire est presque toujours exempt des conceptions si ambitieuses de cette dernière maladie. A peine quelques-uns parlent-ils de leur force ou de leurs exploits de chasse. On le voit, leurs conceptions vaniteuses sont bien humbles, comparées à celles des fous paralytiques. A la vérité, dans

la plupart des cas, ils ne pensent guère. Cependant, leur intelligence n'est pas détruite, elle est plutôt obnubilée, comme le fait remarquer M. Junius Mickle. D'autre part, les accès d'agitation sont de beaucoup moins fréquents; l'insomnie, l'irritabilité du caractère sont plus accentuées.

L'étude des troubles de la motilité nous révélera également quelques différences. C'est ainsi que le tremblement polyfibrillaire spasmodique de la langue, des lèvres, qui est spécial à la paralysie générale, fait souvent défaut dans la pseudo-paralysie générale syphilitique. Dans la première de ces affections, le tremblement des membres a un aspect particulier : c'est une trémulence intermittente, c'est un spasme partiel apparaissant au moment des excitations volontaires.

Dans la pseudo-paralysie générale syphilitique, le tremblement ressemble à celui de beaucoup d'autres maladies cérébrales; il est *plus grossier* et se fait par grandes oscillations. Ces différences sont malaisées à décrire, mais très facilement appréciables en clinique. Notons encore dans la syphilis cérébrale les tremblements choréiformes des membres et la facilité de produire l'épilepsie spinale par la flexion des doigts ou des orteils.

Avant de quitter les troubles de la motilité, nous devons signaler encore quelques différences importantes. Les paralytiques généraux ne sont presque jamais atteints de paralysies véritables, et la preuve c'est qu'ils jouissent de la liberté entière de leurs mouvements jusqu'à une période avancée de leur maladie. Si parfois

ils sont hésitants, maladroits, si leur marche est accidentée de chutes, ce n'est pas qu'ils soient paralysés dans le sens strict du mot, c'est qu'ils ont une direction vicieuse, une ataxie des mouvements. « Ce n'est pas sans étonnement, dit M. Marcé, que dans leurs moments d'agitation l'on voit ces paralytiques qui se soutenaient à peine sur leurs jambes, déployer une force considérable, briser des obstacles solides et exiger la présence de plusieurs gardiens pour les contenir... Donc, la paralysie dont ils sont frappés ne ressemble à aucune autre. Cette paralysie n'est qu'un défaut de coordination, un défaut de précision bien différent de l'abolition de la puissance musculaire. »

Au contraire, la pseudo-paralysie générale syphilitique s'accompagne dans presque tous les cas de paralysies, mais de paralysies véritables (hémiplegies, monoplegies, hémiplegies faciales, etc.), succédant le plus souvent à des attaques; ou de parésies non moins véritables caractérisées par un affaiblissement musculaire plus ou moins considérable. Joignons encore à ces paralysies, les paralysies partielles, notamment celles de l'œil ou de ses annexes que nous avons signalées précédemment.

Au point de vue de l'état général, les paralytiques généraux sont le plus souvent, au moins avant la troisième période, dans un état de santé très satisfaisant. On note chez eux un embonpoint, une intégrité surprenante des fonctions digestives et un appétit vorace, qui leur fait quelquefois rechercher des corps étrangers ou même les substances les plus immondes.

Les syphilitiques, dont nous parlons, présentent

fréquemment, au contraire, une altération de la santé générale : amaigrissement, décoloration, teinte terreuse des téguments et du visage, lésions syphilitiques concomitantes, etc. Toutefois, il ne faut pas trop se fier aux apparences, car on voit la syphilis cérébrale se montrer chez des sujets paraissant bien portants.

MARCHE. — La marche de la pseudo-paralysie générale syphilitique est très variable, et il est impossible de lui assigner aucune limite. Parfois très rapide, comme dans le cas de notre VIII^{me} observation, son évolution est parfois très lente. Notre X^{me} observation offre un exemple de ce second mode d'évolution.

PRONOSTIC. — Le pronostic découle naturellement de ce que nous venons de dire dans ce chapitre. Si la syphilis est reconnue à temps, un traitement énergique amènera la disparition des accidents de pseudo-paralysie générale. Si, au contraire, les lésions sont déjà organisées, et si surtout on a affaire à une infiltration syphilitique, les résultats seront moins satisfaisants. Enfin, même dans les cas où le traitement employé aura produit de bons effets, on pourra s'attendre à voir persister d'une façon définitive les symptômes moteurs sensitifs ou psychiques, parce qu'ils seront le plus souvent liés à des ramollissements ischémiques produits par l'oblitération de certains vaisseaux par des productions gommeuses.

TRAITEMENT. — Dès que la syphilis est reconnue, il faut établir le traitement d'une façon énergique, brutale même. Ce traitement doit répondre à deux indications : 1^o l'indication spécifique à laquelle on satisfait par

— 82 —

l'emploi de l'iodure de potassium : 6, 8 et 10 grammes par jour, en partie par la bouche, en partie par l'intestin, en lavements; 2^o les frictions mercurielles, 3 ou 4 grammes d'onguent napolitain en friction sous les aisselles. Ces frictions doivent être faites le soir; et, le lendemain matin, ce qui reste de la friction doit être enlevé avec une éponge fine.

Ce traitement mixte doit être continué pendant 8 à 10 jours; puis on laisse reposer le malade pendant une période de temps à peu près égale, et on recommence.

L'indication générale consiste à relever les forces des malades, qui sont le plus souvent anémiés par l'infection syphilitique. On emploiera donc le vin de quinquina, un régime tonique, les eaux ferrugineuses aux repas, et, en outre, l'hydrothérapie, en ayant bien soin d'éviter les douches massives et toute percussion sur la tête ou la colonne vertébrale. On s'exposerait, en agissant ainsi, à produire des accidents épileptiformes.

Il peut être aussi avantageux, dans certains cas, d'user de quelques cautérisations légères (pointes de feu) sur la nuque.

En outre, les effets de l'absorption du mercure seront surveillés attentivement.

Quant à la constipation, elle est généralement peu à craindre, l'usage de l'iodure de potassium à haute dose entraînant fréquemment le relâchement intestinal et même la diarrhée.

Cette méthode, entre les mains de MM. Fournier, Charcot, a donné des résultats très encourageants.

OBSERVATION VIII

Syphilis. — Atrophie des deux papilles. — Paraplégie, trépidation épileptiforme. — Raideur généralisée. — Démence. — Quelques idées de satisfaction. — Mort. — Autopsie. — Examen histologique de la substance cérébrale.

X... Ch., ouvrier teinturier, 35 ans, entre à l'asile de Bron le 18 juin 1883, accompagné des certificats suivants :

X... est atteint d'aliénation mentale depuis plusieurs mois; il a, en ce moment, des accès d'agitation maniaque, pendant lesquels il déchire tout ce qu'il trouve près de lui; il est un danger permanent pour tous ses voisins.

Signé : D^r TERVER.

CERTIFICAT DE QUINZAINE. — X... est atteint de paralysie générale progressive, avec excitation maniaque assez intense et délire des grandeurs, et il doit être maintenu.

Signé : D^r VINAY.

Pas d'antécédents héréditaires connus. Ce malade est enfant naturel, sa mère est encore vivante et paraît bien portante, mais impressionnable. Variole à l'âge de sept ans; il aurait eu également le croup vers la même époque. Ayant contracté la syphilis, X... a fait, il y a cinq ans, un séjour à l'Antiquaille. Un an après, s'apercevant que sa vue faiblissait, il entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Professeur Gayet, où on lui fait suivre le traitement spécifique de la syphilis. Le diagnostic porté fut atrophie double des papilles.

A son entrée, le malade fournit lui-même des renseignements sur son état. L'apparition des signes d'aliénation mentale remonterait à 10 jours. C'est alors que X... cessa de travailler, mais pour s'enfermer chez lui, où il resta toute une journée à frotter et à laver sans aucun but. A cette période d'agitation succéda une période de calme, mais depuis, tous les deux jours, l'agitation revenait très violente.

Etat actuel. — Embarras peu marqué de la parole, répond

assez bien aux différentes questions. Pupilles sensiblement égales. Tremblement très léger des extrémités; marche très difficile. Constipation; appétit conservé; langue bonne.

Le malade s'excite très facilement; affaiblissement de la mémoire : X... ne se rappelle plus les dates ni le jour du mois. Affaiblissement de l'intelligence. Les multiplications, même simples, sont impossibles. Pleurniche sans motif.

Délire des grandeurs. Il prétend gagner 50 fr. par jour et donner 10 fr. à chaque pauvre qu'il rencontre. Il est très habile pêcheur et peut pêcher en un jour 35 quintaux de poisson.

4 janvier 1884. — Tendance à des contractures automatiques énergiques. Le malade se cramponne partout. Exagération considérable des réflexes rotuliens. Epilepsie spinale qui cesse rapidement par l'inflexion brusque du gros orteil. Quand le malade a été excité pendant un certain temps, il est pris d'un tremblement général à grandes oscillations. Les mouvements volontaires sont en partie conservés aux membres supérieurs; mais les jambes, et surtout la gauche, ne se meuvent que difficilement. Le malade dit souffrir beaucoup, un peu partout.

6 janvier 1884. — Décubitus ordinairement dorsal avec tendance à la rétraction des membres inférieurs qu'il est alors assez difficile de ramener à l'extension. Les tentatives, faites dans ce but, entraînent presque sûrement l'apparition de l'épilepsie spinale. Après des essais répétés il paraît évident que les mouvements volontaires des membres inférieurs sont plus faibles à gauche qu'à droite. Les membres supérieurs sont plus souvent dans l'extension, ramenés le long du corps, les mains très aplaties, collées contre les cuisses dans l'attitude de certaines statues égyptiennes. Il semblerait même que les muscles interosseux sont un peu atrophiés. Les mouvements volontaires sont possibles; mais ils se font lentement et, en apparence, sans but. Toutefois, quand le malade peut s'accrocher, il le fait avec une grande énergie et se montre incapable de se détacher de l'objet qu'il a saisi. En outre, cet effort continu fait naître, à la longue, un tremblement oscillatoire, latéral assez bien hythmé, mais peu persistant. Les mouvements de la langue sont en grande partie conservés; le malade répond, en effet, assez bien, aux questions simples, quand on lui parle avec douceur. On reconnaît alors que sa grande préoccupation c'est de ne pas

savoir où il se trouve. La sensibilité au pincement est conservée, mais avec un petit retard du côté gauche. Le malade gâte. Pas d'eschares.

A l'ophtalmoscope, la pupille droite est irrégulière, d'un blanc nacré, mais son pourtour est un peu grisâtre et saillant. Les vaisseaux sont atrophiés. Pas de choroïdite. A gauche, papille un peu plus large, légèrement irrégulière, d'un blanc brillant, avec des vaisseaux légèrement variqueux. Sirop de Gibert, deux cuillerées par jour. Le malade refusant de prendre sa potion, on la remplace par des frictions mercurielles qui sont continuées jusqu'au 15 janvier. Pas d'amélioration sensible. Pour combattre la contracture on institue un traitement à l'hyoscyamine : deux granules d'un milligramme chaque jour. Peu de jours après on observe des mouvements d'oscillation latérale de la tête qui présentent certains caractères convulsifs. Toutefois, il est impossible d'affirmer que ce mouvement n'est pas un mouvement de dénégation du malade et répondant à quelque conception délirante.

9 février. — La raideur est moins marquée, papilles égales, non dilatées. La jambe droite est notablement moins sensible à la percussion du tendon rotulien que la gauche, et la trépidation épileptiforme développée par ce procédé se fait beaucoup plus attendre que d'ordinaire. La flexion brusque du gros orteil arrête momentanément et partiellement les spasmes. Aussitôt que cette flexion cesse, des mouvements cloniques très irréguliers et très rapides reprennent et persistent pendant un temps assez long. D'un autre côté, la compression de l'artère fémorale arrête sûrement les mouvements anormaux. Lorsque les mouvements épileptiformes sont au maximum dans les membres inférieurs, on remarque que les muscles abdominaux restent immobiles, et que le tronc ne présente que quelques mouvements transmis.

12 février. — On constate une diminution considérable de l'irritabilité réflexe dans les membres inférieurs. Mouvements cloniques du bras droit, assez régulièrement rythmés; ces mouvements se font spontanément ou apparaissent sous l'influence d'une excitation quelconque.

28 février. — Epilepsie spinale en grande partie disparue. La sialorrhée, que l'on observait chez le malade depuis plusieurs mois, a également disparu.

Depuis lors, le malade s'affaiblit graduellement, et meurt le 14 mars 1884.

Autopsie. — Les méninges ne présentent avec le cerveau que deux ou trois adhérences très solides, situées de chaque côté de la scissure interhémisphérique au niveau des lobes occipitaux. Incisées, elles laissent échapper une quantité assez considérable de sérosité. Les veines qui rampent à la surface cérébrale sont congestionnées et turgescents.

Le cerveau est volumineux. Les deux hémisphères ne présentent pas de dissemblance très marquée; mais, d'une manière générale, les méninges sont épaissies. De plus, en différents points, notamment au niveau de la partie supérieure des circonvolutions, du côté de la suture sagittale, et particulièrement dans l'hémisphère gauche, précisément au point d'implantation de la première pariétale, sur le sommet de la pariétale ascendante, on remarque une production méningée gélatiniforme, ayant tous les caractères objectifs d'une production gommeuse aplatie.

En différents points du même hémisphère et de celui du côté droit, on trouve sur la méninge de petits papillomes végétants. A la base, elle présente aussi des adhérences et des épaississements qui sont plus particulièrement accentués au niveau des deux lobes temporo-sphénoïdaux qui sont notablement ramollis. Les artères de la base ne sont pas athéromateuses, mais au niveau de la face antérieure du bulbe et de la protubérance on observe quelques épaississements méningés localisés.

Les deux nerfs optiques ont subi une atrophie fibreuse complète qui va jusqu'au chiasma, le dépasse et peut être suivie dans un petit trajet sur les bandelettes elles-mêmes. Ils ne paraissent pas, au niveau de la base, comprimés par une tumeur néoplasique quelconque. — On n'observe rien à l'œil nu du côté des corps genouillés ou des tubercules quadrijumeaux.

La protubérance et le bulbe sont remarquablement petits, eu égard au volume considérable des hémisphères cérébraux; ils paraissent notablement indurés, le bulbe en particulier. Cette induration élastique se remarque également dans la substance des deux hémisphères, et prend d'autant plus d'importance qu'elle contraste avec le ramollissement manifeste des lobes temporo-sphénoïdaux.

L'examen des autres organes n'a pas été fait.

Examen histologique (1). — L'examen, à l'état frais, de la substance blanche et de la substance grise des hémisphères, par dilacération et coloration avec le picro-carminate d'ammoniaque fait reconnaître l'existence d'une infiltration nucléaire diffuse. Les éléments que l'on obtient ainsi sont tous de petit volume, généralement arrondis et groupés par îlots, et ne sont pas sans analogie avec les éléments qui caractérisent les infiltrations gommeuses.

Notons que l'on ne rencontre pas de corps granuleux, et qu'au niveau des parois vasculaires seules on observe des traces d'une irritation formative qui, nulle part, n'aboutit à la production des cellules étoilées qu'on rencontre si souvent dans les centres nerveux des paralytiques généraux.

On fait un deuxième examen après durcissement dans l'acide chromique, coloration de coupes minces par le picro-carminate d'ammoniaque et conservation dans la glycérine. Les résultats obtenus sont les mêmes que précédemment et, en outre, on reconnaît :

1° Que les parois des vaisseaux ont subi, en nombre de points, la dégénérescence amyloïde;

2° Que les éléments nucléaires sont groupés par îlots et, de plus, qu'au milieu de ces îlots on trouve un assez grand nombre de corpuscules amyloïdes;

3° Qu'il n'existe en aucun point de traces de corps granuleux et qu'en outre, même dans les coupes portant sur la substance blanche, on a beaucoup de peine à limiter les tubes nerveux.

Enfin, la substance corticale, évidemment sclérosée, renferme des cellules nerveuses encore reconnaissables et dont le volume n'a pas sensiblement diminué. Le protoplasma est devenu très granuleux et, en plusieurs points, des globules blancs accumulés autour de la cellule semblent se creuser des logettes dans la substance protoplasmique elle-même.

(1) Fait par M. le Professeur Pierret.

OBSERVATIONS IX

Syphilis. — Démence paralytique. — Trouble de la motilité. — Atrophie double des papilles. — Obnubilation intellectuelle. — Transférée à l'asile de Bourg.

Gache Laurence, femme Billoud, 47 ans, tisseuse, entre à l'asile de Bron le 1^{er} février 1877.

CERTIFICAT MÉDICAL. — Je soussigné, médecin du dépôt d'aliénés de l'Antiquaille, certifie que la nommée Gache Laurence, femme Billoud, admise au dépôt le 25 courant, est atteinte d'aliénation mentale caractérisée par une démence paralytique avec accès de fureur.

Lyon, le 26 janvier 1877.

Signé : D^r A. LACOUR.

CERTIFICAT DE QUINZAINE. — Est atteinte de démence paralytique caractérisée par un affaiblissement des facultés intellectuelles avec paralysie générale incomplète, du bégaiement.

Bron, le 16 février 1877.

Signé : D^r ARTHAUD.

Pas d'antécédents héréditaires. Jusqu'aux accidents actuels, cette malade avait toujours eu un caractère normal et ne s'était jamais fait remarquer par aucune bizarrerie.

La menstruation s'établit vers l'âge de 14 ans et fonctionne régulièrement jusqu'à l'année qui a précédé l'apparition de la folie, c'est-à-dire il y a un an environ. Depuis cette époque, les menstrues devinrent irrégulières et n'ont apparu que deux fois, à des époques indéterminées, encore furent-elles peu abondantes.

Mariée à 17 ans, trois enfants sont nés de son mariage, Le premier, venu à terme, est mort du croup, il y a une quinzaine d'années. Son second enfant est venu au monde, il y a 9 ans. Pendant qu'elle allaitait, elle prit en nourrice un nouveau-né et donna conjointement le sein à ces deux enfants. Deux mois et demi après, le nourrisson étranger mourut d'accidents vénériens, au dire des médecins; et son propre enfant ne tarda pas à succomber par suite d'un mal de gorge. Elle-même vit apparaître, au bout de ses seins, des boutons; puis se déclarèrent des acci-

dents dans la bouche, une extinction de voix; et, six mois après la mort de l'enfant porteur des accidents suspects, elle entra à l'Antiquaille, dans le service des vénériennes, pour y être soumise à un traitement approprié (année 1869). Notons que pendant le séjour de quatre mois qu'elle fit à cette époque dans cet hospice, elle n'a présenté que des accidents syphilitiques à la bouche et au gosier, et un trou au palais? Elle en sortit bien guérie.

Il y a 7 ans, elle a eu un troisième enfant, qui n'a cessé de jouir jusqu'à présent d'une excellente santé.

Pas d'accidents nouveaux jusqu'à l'année qui a précédé son entrée à l'asile.

A ce moment, on s'aperçoit d'un peu de faiblesse dans les membres inférieurs (début médullaire), avec diminution de la sensibilité et tremblement léger. Pas de douleurs lancinantes. Pas de troubles cérébraux. La tonicité musculaire des sphincters n'est pas atteinte. Pas de trouble digestif d'aucune sorte.

Cet état va en s'aggravant peu à peu. Il y a 7 mois, apparaissent des troubles de la vue, accompagnés de céphalagie mal localisée. Ces troubles de la vue s'accusent de plus en plus et la malade entre deux mois après à l'hôpital de la Croix-Rousse, où on lui fait suivre le traitement ioduré.

A ce moment, on diagnostique chez elle une atrophie double des papilles.

Depuis un mois et demi, la cécité est devenue complète; les troubles de l'intelligence sont très marqués. L'obnubilation des sens qui existait auparavant a fait place à de l'agitation, à du délire, qui oblige à diriger la malade au dépôt d'aliénés de l'Antiquaille, où le docteur Lacour constate de la démence paralytique avec accès de fureur. Deux jours après, elle est amenée à Bron, où sa sœur la trouve plus fatiguée que jamais (1^{er} février 1877.)

Au 24 mai 1877, le certificat médical porte :

Cette malade présente une amélioration sensible dans son état de paralysie générale. Mais la démence persiste et s'accompagne d'impulsions agressives qui seraient très dangereuses pour les personnes qui entourent la malade, si sa cécité ne leur permettait de se mettre à l'abri de ses atteintes.

Signé : D^r ARTHAUD.

Transférée le 29 juin 1877 à l'asile de Bourg.

OBSERVATION X

Pseudo-paralysie générale syphilitique. — Attaques épileptiformes. — Hémiplégie. — Agitation. — Délire mégalomane. — Etat actuel bon; mouvements choréiformes.

Laget Marie, femme Plassard, 36 ans, tisseuse, née à Cours (Rhône), entre à l'asile de Bron le 26 août 1879, accompagnée du certificat médical suivant :

« La nommée Laget Marie n'a plus les idées lucides depuis trois mois; elle divague à tout propos. Les soins du ménage qui lui étaient le plus familiers sont négligés par elle, et même on peut dire qu'elle a tout désappris. Tous ces symptômes, loin de s'améliorer, ont toujours été en s'aggravant. Aujourd'hui elle parcourt le pays, racontant à tous ceux qu'elle rencontre qu'elle vient de faire un héritage considérable. Elle veut acheter des chevaux; elle parle de faire des cadeaux à tout le monde; elle évalue sa fortune tantôt à 600 francs, tantôt à plusieurs millions; elle reconnaît encore les personnes auxquelles elle parle, mais elle n'a plus la notion des choses. Ces derniers jours, il y a eu encore une exaspération de tous ces symptômes; elle se met en chemise, se déshabille complètement, et fait des excursions non seulement dans sa commune, mais dans les communes voisines. Son mari ne peut la faire rester à la maison, et, s'il insiste, elle entre dans une colère furieuse. Elle trouve son hameau trop laid, et parle sérieusement d'y mettre le feu avec du pétrole, afin de le reconstruire dans de meilleures conditions. »

Dans cet état, j'estime, etc.

Cours, 24 août 1879.

Signé : D^r SÉNAC.

Certificat de 24 heures :

« Je soussigné, médecin en chef de l'asile de Bron, certifie que la nommée Laget Marie, femme de Victor Plassard, admise audit asile le 26 août courant, est atteinte de *paralysie générale* (deuxième période) avec idées de satisfaction et de grandeur,

léger embarras de la parole, tremblement des lèvres et de la langue; affaiblissement musculaire, inégalité pupillaire. Idées érotiques. »

Bron, le 27 août 1879.

Signé : D^r TAGUET.

Certificat de quinzaine :

« Est atteinte de paralysie générale avec idées de satisfaction et de grandeur; faiblesse musculaire; excès alcooliques; est gâteuse. »

Bron, le 10 septembre 1879.

D^r TAGUET.

Pas d'antécédents héréditaires; le père et la mère de cette malade sont encore vivants et en bonne santé. Huit sœurs et deux frères n'ont rien présenté de particulier à signaler. Pour elle, sa conduite avant son mariage a été très irrégulière : elle a eu deux enfants, dont un est mort en bas âge; elle paraît également avoir eu la syphilis et l'aurait communiquée à son mari, qui présente, d'autre part, de nombreuses traces de scrofule.

Les deux premières années qui ont suivi son arrivée à l'asile ont été marquées, pour Laget Marie, par une série de quatre ou cinq attaques épileptiformes qui s'accompagnèrent des symptômes suivants : hémiplegie complète à droite; on était obligé de faire manger la malade qui ne pouvait quitter le lit, et était, en outre, absolument gâteuse. Délire des grandeurs (elle voulait donner de l'argent et des robes aux sœurs) alternant avec des périodes d'agitation extrême pendant lesquelles elle poussait de grands cris, principalement pendant la nuit. Au bout de quelques mois, ces phénomènes s'amendaient, et Laget pouvait quitter l'infirmerie.

A la date du 31 janvier 1883, l'observation porte :

Motilité. — Quand on voit la malade au repos, on ne remarque rien d'anormal à la face, mais dès qu'on la fait parler tout le côté gauche est agité de petits mouvements convulsifs; la commissure des lèvres est tirée soit en haut, soit en bas, par la contraction des muscles qui s'y insèrent; il se produit une série de mouvements choréiformes qui donnent à cette partie droite de la face une expression grimaçante, et qui occasionnent un peu de tremblement dans la voix. L'émission de la parole se fait difficilement, d'une façon saccadée. Pas de déviation des traits au

repos. Léger tremblement de la langue. Pas d'inégalité pupillaire.

Le bras droit, au repos sur le lit, est immobile; mais si l'on invite la malade à porter un verre à sa bouche, on voit qu'il est le siège d'un tremblement choréiforme avec de petites oscillations, et lorsqu'elle a le verre à la main, si elle cherche à l'approcher de sa bouche, elle n'arrive à son but que par des mouvements saccadés, déréglés, encore ne l'atteint-elle pas toujours.

Au dynamomètre, la main gauche arrive à marquer 20°; pour la main droite, il est impossible de lui faire tenir l'instrument.

Aucun mouvement anormal dans le membre inférieur droit.

Pas de réflexes tendineux et plantaires.

Sensibilité. — Elle paraît bien conservée, soit à la piqure, soit au pincement, des deux côtés. De même pour la sensibilité au toucher et à la température.

Pas de troubles de la vue.

Au point de vue mental, nous notons une grande paresse intellectuelle. La malade est très bornée et répond d'une façon à peu près inintelligible. Néanmoins, elle ne présente pas de délire bien net.

État physique. — Très satisfaisant. Les fonctions s'accomplissent normalement. Rien à signaler au poumon, ni au cœur.

Actuellement (15 avril 1884), l'état de notre malade paraît sensiblement amélioré, au moins au point de vue intellectuel. Elle n'offre pas le moindre délire et répond assez bien aux questions qu'on lui pose, quoique d'une façon un peu enfantine et avec un peu de brusquerie.

Pas de dilatation inégale des pupilles; légère déviation de la langue. La parole est toujours saccadée et son émission s'accompagne des mêmes phénomènes que nous avons décrits plus haut.

Laget a une tendance très marquée à ne se servir que du bras gauche : le droit est immobile, un peu pendant, quelquefois soutenu par le gauche. Veut-on lui faire saisir un objet, elle soulève d'abord son bras droit avec le gauche, puis après une série d'oscillations non régulières, ataxiformes, et qui, d'ailleurs, ne se manifestent pas toujours, elle arrive avec peine au but proposé. L'objet saisi, il se produit dans tout le membre une sorte de trémulation musculaire qui se propage de la main vers l'épaule

et qui cesse après quelques instants. Quand la malade s'efforce de serrer l'objet, les efforts se font par brusques saccades.

Rien de semblable à gauche. Cependant, quand elle saisit un objet avec la main de ce côté, ce mouvement communique à tout le membre supérieur droit une trémulation musculaire passagère, se dirigeant du bras à la main.

Les réflexes rotuliens sont conservés.

La flexion forcée des orteils ne produit pas d'épilepsie spinale.

La sensibilité est bien conservée.

Rien au poumon ni au cœur.

Les fonctions s'accomplissent régulièrement.

28 juin 1884. — Même état.

OBSERVATION XI

Pseudo-paralysie générale syphilitique — Attaques apoplectiformes, hémiplegie. — Dilatation inégale des pupilles, tremblement de la parole, état gâteux. — Mort. — Autopsie : Aucune lésion de paralysie générale, tumeurs gommeuses du cerveau.

Sentigny Antoinette, 30 ans, repasseuse, célibataire, née à Collonges (Rhône), entre à l'asile de Bron le 20 février 1882, en vertu des certificats suivants :

..... « Est atteinte d'aliénation mentale avec accès de manie aiguë pendant lesquels elle frappe ceux qui l'entourent, et brise les objets qui se trouvent sous ses mains. Elle est donc dangereuse pour elle-même et pour ses voisins..... »

Signé : D^r REYNAUD.

Certificat du médecin en chef :

« Est atteinte de démence secondaire, liée à l'infection syphilitique. »

Signé : D^r PIERRET.

..... Nous n'avons que peu de renseignements sur les antécédents héréditaires et sur la vie antérieure de cette malade, qui entre à

l'asile avec toutes les allures d'une fille publique, et accompagnée seulement d'un gardien de la paix. D'après ses réponses, il paraîtrait qu'elle a été réglée à seize ans, et n'a jamais eu de couches.

Elle a été souvent malade et soignée par plusieurs médecins. Nous avons su depuis qu'elle avait séjourné dans une maison de tolérance.

Son état mental se caractérise au moment de son entrée par une certaine incohérence dans les idées, accompagnée de conceptions mégalomaniaques. Elle déclare que sa famille est noble; qu'elle a de l'argent et ne veut pas travailler. Son état physique est bon; elle a cependant un peu de toux laryngée. Elle présente, de plus, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche une large syphilide papulo-crustacée. Elle aurait eu des croûtes dans les cheveux qui tombaient par plaques. Elle paraît avoir eu des ulcérations dans la bouche, des grosseurs aux parties, et reconnaît d'ailleurs avoir pris du mercure.

Cet état, qui se maintient ainsi pendant quelques mois, est traversé de temps à autre par des *accès de céphalalgie opiniâtre continue, s'exaspérant pendant la nuit*, et cessant de temps à autre pour reparaître à l'époque de la menstruation.

On la soumet au traitement spécifique : sirop de Gibert. Sous son influence, l'état mental de la malade s'est amélioré; elle travaille avec assiduité au repassage (janvier 1883). Elle raisonne mieux, la mémoire est meilleure. Cependant il y a encore un peu d'hésitation de la parole; les éruptions cutanées n'ont pas progressé et conservent néanmoins leur couleur. Pas de troubles pupillaires.

Elle fait remarquer que *ses douleurs de tête se localisaient* surtout à gauche. Ce phénomène, qui était revenu depuis que l'emploi de l'iodure avait été interrompu, disparaît de nouveau sous l'influence du médicament. Règles régulières.

Pendant le courant de l'année 1883, notre malade a eu à subir quatre ou cinq attaques apoplectiformes, qui ont aggravé progressivement les troubles de la motilité (marche) existants déjà, quoique à un faible degré, au moment de l'entrée. Elle remarque que son bras droit tremble plus que le gauche, et ne peut le bouger à certains moments; ses forces diminuent. La dernière attaque date de décembre dernier. Depuis cette époque, Sentigny

n'a plus quitté l'infirmerie ; son état physique et intellectuel est allé en déclinant, et nous la trouvons actuellement (mars 1884) dans la situation suivante :

Etat physique. — Depuis un mois, la malade, incapable de se soutenir debout, absolument gâteuse, est obligée de garder le lit. Fonctions digestives mauvaises, peu d'appétit ; haleine fétide.

La pointe du cœur bat à six centimètres en dedans du mamelon. Pas de souffle ; le deuxième bruit paraît un peu fort. Pouls à 120. — Rien au poumon. Pas de sialorrhée.

Troubles de la motilité. — Le regard a une expression bizarre due à une convergencé exagérée des deux yeux, qui ferait croire à un léger strabisme. La pupille droite est un peu plus dilatée que la gauche. Pas de ptosis. Déviation très marquée de la bouche à gauche. Les mouvements de la langue, qui est affectée d'un tremblement grossier non fibrillaire, sont embarrassés ; la pointe se dévie à droite. Tremblement des lèvres et des paupières pendant leur occlusion. Embarras très marqué de la parole. Le tremblement est tel qu'on a grand peine à comprendre ce que dit la malade.

Aux membres supérieurs, les troubles de la motilité sont bien plus accentués à droite qu'à gauche. La main droite qui est, au repos, fléchie et fermée, le pouce en pronation, présente, quand on soulève l'avant-bras, un tremblement et même des oscillations qui se propagent à tout le membre ; le pouce est alors légèrement fléchi et dévié en dedans en abduction. Le tremblement est plus accentué dans les doigts innervés par le cubital. La malade a d'ailleurs une tendance à cacher cette main et se sert presque exclusivement de la main gauche. Le bras offre un degré marqué de parésie ; les mouvements volontaires sont difficiles et très lents. La force musculaire est considérablement diminuée, surtout à droite. Les deux mains étendues sont le siège d'un tremblement léger et continu.

Réflexes rotuliens conservés, mais exagérés à droite. Epilepsie spinale à droite, obtenue par l'extension forcée du pied. La station debout est absolument impossible. Les jambes accomplissent encore quelques faibles mouvements ; la droite est absolument paralysée. Les pieds soulevés présentent un tremblement analogue à celui de la main droite. Les articulations offrent un

certain degré de raideur ; tous les muscles sont dans une sorte de demi-contraction.

Troubles de la sensibilité. — La sensibilité à la douleur est conservée, mais obtuse, des deux côtés aux membres supérieurs avec un retard considérable à droite. Elle est surtout très obscurcie sur la face dorsale des mains.

Aux membres inférieurs, la sensibilité, bien conservée à la région plantaire, est moins obtuse et le retard moins prononcé pour la jambe droite. A la face elle est aussi mieux conservée et on y retrouve un léger retard à droite. Léger œdème de la jambe et du pied droit. Ce dernier présente également, au talon, une eschare noirâtre en voie de formation. Pas d'eschares au sacrum, mais seulement une excoriation de la région. La face dorsale du pied gauche présente une large syphilide papulo-squameuse, de couleur cuivrée, entourant l'articulation tibio-tarsienne. On trouve également deux ou trois syphilides de la largeur d'une pièce d'un franc à la partie interne du genou gauche. Toute la face postérieure des cuisses et de la région fessière est occupée par une large plaque desquamante cuivrée, rouge et ulcérée par places.

Au point de vue intellectuel, la malade est dans un état de dépression qui ne l'empêche pas néanmoins de répondre parfois avec assez d'à propos aux questions qu'on lui pose. Les facultés sont considérablement affaiblies, mais non éteintes. Les conceptions délirantes paraissent peu accusées et roulent cependant sur des idées d'empoisonnement. Il reste encore quelque chose de la mémoire et des sentiments affectifs : La malade pleure au souvenir de sa mère, qui serait, d'après elle, morte à l'Antiquaille ; son père aurait été placé à Albigny.

Cet état se maintient sans changements notables jusqu'au 27 avril 1884. A ce moment, et sans cause appréciable, la fièvre s'allume ; on note chez la malade une difficulté assez grande de la déglutition ; elle refuse de s'alimenter et meurt dans le marasme le 5 mai 1884.

AUTOPSIE. — Le cerveau est symétrique ; les artères de la base ne sont pas athéromateuses et on observe surtout un épaissement manifeste des méninges, principalement accentué au niveau des circonvolutions frontale et pariétale.

Hémisphère gauche. — On trouve d'abord au niveau du point où la deuxième circonvolution frontale se réunit, en avant, à la première, une dépression assez irrégulière, taillée à l'emporte-pièce au niveau de laquelle la méninge est très épaissie et adhérente. En avant et en bas de cette dépression qui ressemble assez à la dépression formée par une gomme-guérie, on trouve dans l'épaisseur de la méninge une petite tumeur arrondie, formée de petits nodules agglomérés, d'une consistance fibro-cartilagineuse.

A l'hémisphère droit, en un point exactement symétrique, nous trouvons une tumeur plus petite qui paraît être de même nature. D'ailleurs, sur la méninge, le long de la suture interhémisphérique, de chaque côté, on rencontre une série de petits fibromes échelonnés.

Revenant à l'hémisphère gauche, nous découvrons une large plaque d'une substance molle, presque gélatiniforme qui recouvre la partie supérieure de la frontale ascendante et de la pariétale ascendante. Nous notons, en outre, sur la partie moyenne de cette dernière circonvolution une dépression circulaire en cratère ressemblant encore à la cicatrice d'une vieille lésion syphilitique.

D'ailleurs, en examinant l'hémisphère droit que nous décolorons dans ce but, nous trouvons au-dessous de la méninge, sur la deuxième circonvolution pariétale et à sa partie postérieure, *une véritable petite tumeur gommeuse* du volume d'un grain de blé. Cette petite tumeur, quoique appendue à la méninge, s'est creusé une logette dans la substance cérébrale dont elle entraîne quelques parcelles au moment de l'extraction.

L'examen des autres organes n'a pas été fait.

CHAPITRE QUATRIEME

PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE SÉNILE

Identité des lésions cérébrales de la sénilité et de celles qu'entraîne l'abus de l'alcool. — Difficulté de diagnostiquer certains cas de démence sénile de certains cas de paralysie générale progressive. — Idées de Marcé, de Foville, de Voisin ; appréciation de la théorie de cet auteur. — La lésion constante de la paralysie générale est la dégénérescence granulo-pigmentaire des cellules nerveuses ; cette lésion s'observe à un faible degré chez les vieillards bien conservés, et à un degré très prononcé chez les athéromateux. C'est là le point de départ de l'analogie qui existe entre les deux maladies. — Observations.

Quand on étudie le caractère général des altérations anatomiques qu'entraîne l'abus de l'alcool, on ne peut s'empêcher de reconnaître avec la plupart des auteurs anciens et modernes, que ce caractère n'est autre que celui d'une sénilité précoce. Nous avons vu, en effet, que l'intoxication alcoolique chronique entraîne presque fatalement à sa suite une inflammation chronique des vaisseaux, qui se traduit bientôt par l'athérôme. Cette altération devient donc, avec l'inflammation intersti-tielle que l'on observe dans les différents parenchymes,

une des conditions pathogéniques les plus importantes de la cachexie et par conséquent du délire chronique et de la démence alcoolique.

L'étude que nous avons faite précédemment des phénomènes délirants observés chez certains alcooliques nous a amené à reconnaître l'existence d'une forme de paralysie générale liée à l'abus des spiritueux et dont les lésions présentent quelques caractères qui la différencient de la paralysie générale ordinaire, surtout en ce point qu'elles comprennent l'athérôme et ses conséquences. Il y a donc dans l'évolution et dans les symptômes de la paralysie générale alcoolique à faire une large part aux résultats des altérations vasculaires, et nous sommes à nous demander si les folies athéromateuses décrites par M. Auguste Voisin, chez des sujets relativement jeunes ne sont pas des cas de folie alcoolique, au point de vue étiologique direct. Or, si l'alcoolisme engendre l'athérôme et les altérations des capillaires qui lui correspondent, il agit, en ceci, exactement de même que l'âge avancé. Donc, à moins d'erreur, et en vertu d'une assimilation permise, on doit rencontrer chez certains vieillards des troubles mentaux plus ou moins comparables à la paralysie générale.

Cette proposition, à laquelle nous arrivons par le raisonnement pur, il nous est possible de l'étayer de documents émanant d'auteurs absolument dépourvus de partis pris. Les aliénistes les plus au courant des difficultés du diagnostic ont, de tout temps, éprouvé une certaine difficulté à distinguer certains cas de démence sénile de certains cas de paralysie générale

progressive. Le regrettable M. Marcé a même consacré un long mémoire à la recherche des signes distinctifs de ces deux maladies. A vrai dire, il ne distingue pas la démence sénile de la paralysie générale alcoolique, mais, dans une vue plus compréhensive, il cherche à différencier la démence sénile de la paralysie générale proprement dite. Nous ne craignons pas d'être contredit en affirmant que parmi les cas de paralysie générale observés par lui et que l'on pouvait confondre avec certains cas de démence sénile, et inversement, il s'est mêlé quelques exemples de troubles psychiques liés à l'évolution de l'athéromasie cérébrale.

D'ailleurs, dans ces derniers temps, quelques auteurs ont repris l'étude de cette question. M. Foville a publié quelques cas dans lesquels les symptômes observés ressemblaient fort à ceux de la paralysie générale, tout en restant justiciables, au point de vue de la marche d'une lésion artérielle ayant engendré des troubles de la circulation des hémisphères. Il en est même arrivé à se demander si, dans certains cas, les lésions localisées dues à l'ischémie cérébrale n'étaient pas devenues en quelque sorte le point de départ d'une inflammation générale sous l'influence de laquelle une paralysie générale vraie s'était superposée à une démence athéromateuse.

Plus récemment, M. Cullere (1) a fait une étude dont le titre seul fournit à la théorie que nous soutenons un appui considérable. Son mémoire est intitulé : *De la démence paralytique dans ses rapports avec*

(1) Cullere, *op. cit.*

l'athérôme artériel et le ramollissement jaune. Bien que nous ne puissions pas accepter complètement la théorie, d'après laquelle M. Baillarger sépare l'élément vésanique de l'élément démence et paralysie chez les paralytiques généraux et fait de ces deux derniers caractères l'élément fondamental de sa démence paralytique, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que M. Cullere n'entend point parler de faits de démence sénile pure, mais de faits de démence paralytique liés à l'athérôme et que M. Voisin appelle la paralysie générale sénile.

Cet auteur admet que l'évolution de cette paralysie générale sénile est rapide et ne dépasse pas deux ans.

En même temps, il affirme que les troubles intellectuels sont absolument les mêmes que ceux de la paralysie générale classique. Cette affirmation mériterait d'être confirmée par des observations plus nombreuses, d'autant plus que M. Voisin ajoute : « Quoi qu'il en soit, les lésions ne sont pas celles qu'on observe habituellement dans la paralysie générale ; ainsi, les adhérences entre la pie-mère et la substance corticale sont peu nombreuses, elles sont partielles le plus ordinairement ; dans quelques cas, elles n'existent pas, mais la lésion essentielle c'est l'athérôme de tout le système artériel : plaques calcaires d'étendue variable sur les valvules mitrale et aortique, dilatation de la crosse de l'aorte, athérôme des artères de la base de l'encéphale. Examinées au microscope, les parois des artères présentent un nombre considérable de granulations granulo-graisseuses. »

S'il est un fait anatomo-pathologique assez bien

démontré, c'est que la paralysie générale classique ne s'accompagne pas ordinairement d'athérôme. Il y aurait donc lieu de se demander si l'affirmation de M. Voisin et surtout son interprétation sont absolument exactes. Mais si l'on arrivait à démontrer que l'athérôme n'est pas absolument nécessaire pour que les symptômes de la paralysie générale se manifestent, on n'aurait pas démontré pour cela que la même lésion ne puisse pas leur donner naissance.

En somme, la lésion fondamentale dans la paralysie générale c'est le trouble fonctionnel ou la lésion anatomique de l'élément fondamental, de ce que Rindfleisch appelle le *saint des saints*, en un mot, la cellule nerveuse.

Il y a des paralysies générales sans méningite ; il y a des paralysies générales sans encéphalite interstitielle bien accusée ; il n'y a point de paralysie générale sans lésion des cellules. Or, la cellule nerveuse, indépendamment des altérations prolifératives très hypothétiques observées dans certains cas suraigus, n'a guère qu'une manière de se détruire, c'est la dégénérescence granulo-pigmentaire. C'est précisément cette dégénérescence granulo-pigmentaire que l'on observe à un faible degré chez les vieillards bien conservés, et à un degré très accentué chez les déments athéromateux. Il n'y a donc pas, en y regardant de près, de raison plausible pour ne pas admettre qu'à un moment donné de leur dégénérescence chez les athéromateux, les cellules nerveuses ne puissent donner naissance à des manifestations psychiques morbides plus ou moins comparables à celles que l'on observe dans le cours de

la démence paralytique la mieux confirmée. Nous nous rallions donc à l'opinion de M. le Docteur Cullere lorsqu'il dit : « Je crois qu'au fur et à mesure que l'anatomie pathologique des folies chroniques et des démences consécutives sera mieux connue, on trouvera l'explication de beaucoup de ces faits douteux difficiles à classer, qui, au point de vue clinique, flottent entre la paralysie générale classique et les diverses démences. »

Une des observations que nous produisons, celle de M^{lle} Dubois, ne peut pas être considérée comme représentant la pseudo-paralysie générale sénile, puisque la malade était relativement jeune ; mais elle représente à coup sûr un type de méningo-encéphalite survenue chez une athéromateuse non syphilitique, dans un des hémisphères de laquelle il s'est fait à un moment donné une lésion localisée devenue le point de départ d'une encéphalite diffuse secondaire atrophique. Nous donnons immédiatement cette observation.

OBSERVATION XII

Pseudo-paralysie générale sénile. — Délire lypémanique. — Incohérence. — Lésion cardiaque, œdème, ascite. — Dilation inégale pupillaire ; hémiplegie gauche. — Tremblement des lèvres. — Gâtisme. — Trouble de la sensibilité. — Mort. — Autopsie : Pas de lésions de paralysie générale. — Atrophie considérable de l'hémisphère droit.

Dubois Aspasia-Stylet-Aglée, 44 ans, lingère, entre à l'asile de Bron, le 24 juillet 1880, venant de l'asile de Ville-Evrard, où elle était entrée le 1^{er} février 1880.

CERTIFICAT DE VILLE-ÉVRARD. — Je soussigné, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Évrard, certifie que la nommée Dubois, Aspasia, née à Napoléon-Vendée, est atteinte de paralysie générale à forme dépressive, avec affaiblissement des facultés intellectuelles, hésitation dans la parole et inégalité pupillaire. Peut être transférée.

Signé : D^r MABILLE.

23 juillet 1880.

CERTIFICAT DU MÉDECIN EN CHEF DE BRON. — Est atteinte de mélancolie avec légère incohérence. Peut-être un peu de tremblement de la langue.

Signé : D^r PIERRET.

Antécédents. — Père mort d'une maladie de cœur. Sa mère a succombé par suite d'une affection cancéreuse de l'utérus. A un frère bien portant. Une de ses cousines serait morte de chagrin ? A perdu plusieurs sœurs mariées, mais il ne semble pas que celles-ci aient jamais donné de signes d'aliénation mentale.

Pour elle, nous notons dans ses antécédents une fièvre muqueuse à l'âge de 16 ans, époque où la menstruation s'établit pour reparaitre dès lors avec régularité. Pas de convulsions pendant son enfance ; elle n'a rien présenté de particulier pendant son adolescence, sauf quelques maux de tête passagers, jusqu'à la mort de sa mère. Pas d'attaques de nerfs durant l'adolescence. A cette époque, elle eut une maladie de nerfs, des maux de cœur, du tremblement et devint triste. Après un séjour de six mois à Ville-Évrard elle fut transférée à l'asile de Bron.

A son entrée, elle ne présente pas de signes objectifs bien nets ; il semble qu'il existe une légère incohérence, mais ce symptôme est peu apparent. On réserve le diagnostic. Il est à remarquer, cependant, que le certificat de Ville-Evrard affirme la paralysie générale à forme dépressive.

7 octobre 1880. — On constate un délire lypémanique avec incohérence des idées. Etat chronique. Pas d'amélioration sensible. Etat physique bon.

4 janvier 1881. — Réexaminée on constate un peu de tremblement des lèvres et de la langue, quelque faiblesse, une parésie des membres supérieurs et une dilatation inégale de la pupille à gauche. La mémoire est affaiblie ; les réponses de la malade sont incohérentes et enfantines et empreintes d'un délire lypé-

maniaque. Cœur intermittent ; peut-être existe-t-il un petit frottement, souffle diastolique à la base, filé, doux, sans rudesse. Pouls légèrement bondissant et fuyant. Les artères sont souples. D'après la sœur du service, il y aurait quelquefois de l'hésitation dans la marche.

Ce même état persista pendant les premiers mois de son séjour à l'asile. En mars 1881, à la suite d'une indigestion, elle dut être transférée à l'infirmerie et le lendemain on s'aperçut qu'elle était atteinte d'une hémiplegie gauche. La face n'était pas déviée. Au repos pas de tremblement des lèvres ; il ne se manifeste que lorsqu'elle parle. Anesthésie peu marquée du côté gauche de la face : la malade est sensible à la piqure, mais les excitations légères ne sont pas perçues. La force musculaire est affaiblie dans le bras gauche : les mouvements sont lents et s'effectuent avec une certaine gêne due à la raideur musculaire. On constate également de l'anesthésie et il y a un retard dans la perception des sensations. A la jambe, la sensibilité est à peu près intacte, mais la malade ne peut pas se tenir debout et on doit la soutenir. L'extension des orteils ne produit pas l'épilepsie spinale. L'examen du cœur ne présente rien à ajouter à ce qui a été constaté antérieurement. A la base, on entend un bruit de souffle au second temps, à droite du sternum ; il est doux, humé, se propageant le long des gros vaisseaux. Le pouls est bondissant, dépressible.

11 mars 1881. — Pupilles égales ; la langue sort droite. Tremblement léger des lèvres, surtout du côté gauche. Tremblement choréiforme des muscles de la face. Le bras gauche est dans la demi-flexion, collé au corps. On constate une raideur réelle dans l'articulation scapulo-humérale, ainsi que dans celles du coude et du poignet. La malade peut étendre les doigts et la main, mais cette dernière est agitée de petits mouvements irréguliers et involontaires caractérisés par la saillie des tendons extenseurs. Les interosseux sont également agités de petits mouvements, surtout quand on élève le bras. Ce qui domine, c'est la raideur avec de petits spasmes cloniques disséminés. Les yeux étant fermés, si on lui dit de porter la main à son nez, elle le fait avec hésitation et une sorte d'incoordination.

Aux pieds, on ne rencontre plus les mouvements involontaires constatés deux jours auparavant. Le membre inférieur gauche

présente une légère hyperesthésie; son excitation détermine des mouvements dans le membre supérieur du même côté. Le droit reste immobile.

La sensibilité au pincement est conservée. Le phénomène du tendon est très net à gauche, et même un peu plus marqué de ce côté. A la malléole externe gauche, on trouve une excoriation toujours gâteuse. Température 37°.

22 juin 1881, matin. — La malade est prise d'une attaque de mouvements choréiformes. Tout le côté gauche est animé de petits mouvements saccadés qui agitent le membre dans son ensemble. En pressant l'avant-bras, on sent très bien la contraction de chaque groupe musculaire. Cette action semble plutôt porter sur les fléchisseurs. En soulevant le bras de la malade par les extrémités des doigts, les mouvements augmentent d'intensité. Le pouce est dans la flexion et la pronation. Il est contracturé.

Le droit antérieur de la cuisse est également atteint de mouvements rythmiques qui retentissent sur le tendon rotulien, en imitant le phénomène de la pulsation. En somme, les mouvements sont apparents dans tout le membre gauche, seulement plus ou moins accentués suivant tel ou tel groupe musculaire.

Ces mouvements influent sur la respiration qui s'effectue par secousses en produisant de temps en temps un ronflement nasopharyngien.

L'anesthésie est à peu près complète dans tout le membre, et sur le côté correspondant de la face.

Le facies paraît assez bon, mais la peau est brûlante : Température axillaire 40°5. Le pouls est bondissant, dépressible; la langue sèche, fendillée. La malade a de la gêne de la déglutition : elle ne peut avaler que les aliments liquides.

L'hémichorée continue pendant trois jours, mais en diminuant d'intensité. Actuellement, les mouvements choréiques ont disparu.

12 juillet 1881. — On constate des troubles trophiques et vaso-moteurs : légère eschare à la malléole externe du pied gauche; œdème accentué principalement au niveau de la malléole interne.

L'hémiplégie est toujours complète à gauche. On trouve aussi de l'hémianesthésie. Cependant, vient-on à pincer fortement la peau, la malade donne quelques signes de douleur, fronce les

sourcils et fait quelques mouvements du côté droit (non paralysé).

La contracture du pouce a augmenté et s'est même généralisée aux autres doigts dont la flexion est maintenant impossible. D... ne peut également fléchir l'articulation du poignet. Celle du coude est au contraire dans une flexion telle que l'extension ne peut guère être portée au delà de l'angle droit.

Comme aspect général, la malade paraît de plus en plus déprimée. — Mêmes lésions cardiaques.

Le 27 juillet, le certificat médical porte : Est atteinte de démence secondaire. Cette maladie est entretenue par une altération cérébrale liée à une embolie provenant d'une dilatation aortique. Etat physique bon, sauf en ce qui concerne la paralysie, qui est incurable.

Signé : D^r PIERRET.

15 mai 1882. — La malade répond sans hésitation aux questions qu'on lui pose, les souvenirs sont précis ; l'intelligence paraît obtuse, mais néanmoins bien conservée. — Le membre supérieur gauche est contracturé à angle droit ; le membre inférieur du même côté est dans la demi-flexion et il est difficile de leur communiquer des mouvements. Incontinence de l'urine et des fèces.

La sensibilité est bien conservée des deux côtés ; cependant, du côté paralysé, la malade accuse souvent une piqûre lorsqu'en réalité il ne s'agit que d'un contact. — Les muscles du mollet sont mous et atrophiés des deux côtés.

A la face, la commissure droite semble un peu abaissée et la joue légèrement effacée de ce côté. Projetée en dehors, la langue se porte un peu à droite. Sensibilité normale.

Dubois se plaignant de palpitations, l'examen du cœur donne les résultats suivants :

A la palpation, pas de frémissement.

A l'auscultation, on entend, à la pointe, un bruit systolique normal et un souffle diastolique qui augmente d'intensité à mesure qu'on se rapproche de la base. A son niveau, on entend deux souffles, l'un systolique (légèrement grattant), l'autre diastolique, doux, prolongé, en jet de vapeur et se propageant à droite, le long du sternum et vers la région de la pointe.

En recherchant ces souffles dans les carotides, on note les par-

ticularités suivantes : A gauche, la carotide se sent assez mal, et l'auscultation, rendue difficile par une certaine contracture du sterno-mastoïdien, n'y révèle rien. A droite, dans le creux sus-claviculaire et vers le quart interne de la clavicule au niveau de l'articulation sternale, le doigt, superficiellement posé, est soulevé par une forte impulsion systolique, et on sent là comme un mouvement d'expansion. La vue n'y découvre pas de tumeur, mais perçoit très bien les battements. En appuyant légèrement, on sent la diastole artérielle se faire en plusieurs temps très rapprochés, mais parfaitement appréciables.

Pas de frémissement vibratoire. A l'auscultation, on entend un premier souffle assez fort, correspondant à la systole du cœur, et, aussitôt après, un deuxième souffle plus bref. Le maximum d'intensité du souffle systolique est immédiatement au niveau du bord supérieur de la clavicule ; au-dessus, le souffle s'entend à peine ; au-dessous de la clavicule, sur le sternum, on entend seulement les souffles aortiques, c'est-à-dire le souffle du deuxième temps plus intense.

Le pouls, de fréquence normale, petit, mou, devient bondissant par l'élévation du bras. Pas de retard appréciable entre les deux pouls droit et gauche. Pas de différence appréciable entre les deux pouls carotidiens, mais à droite, le pouls radial retarde très notablement sur le pouls carotidien.

Du reste, pas d'œdème, pas de dysphagie ; toutefois, la sœur dit que la malade a eu, depuis peu, deux ou trois crises d'étouffement.

Pendant les mois qui suivent, nous devons noter l'apparition d'un œdème des membres inférieurs avec ascite.

Le délire reste toujours peu systématisé ; il revêt plutôt une forme hypochondriaque. Dubois se plaint de son entourage et dit qu'on veut la taquiner.

7 janvier 1884. — Depuis cinq jours, l'état de la malade s'aggrave ; elle a eu des vomissements à la suite de l'ingestion des aliments ; l'appétit a disparu.

5 janvier. — La respiration est devenue bruyante, embarrassée ; la figure est chaude et rouge ; ses lèvres, surtout du côté gauche, sont animées d'un mouvement spasmodique. L'ascite a augmenté d'une façon considérable : on aperçoit très nettement la circulation des vaisseaux de l'abdomen.

Actuellement (*matin du 5 janvier*), la malade a le corps chaud, couvert de moiteur. La température est à 40°4; le soir à 40°. L'œil est brillant, les lèvres cyanosées et la parole très difficile. Accélération des mouvements respiratoires. Le pouls est rapide, fort et donne au doigt une sensation de dirotisme.

La malade dit n'avoir pas éprouvé de frisson. Le côté droit est douloureux. A la percussion du thorax, on constate de la submatité à droite et à la base. Il est difficile de compter les vibrations, cependant elles semblent un peu exagérées de ce côté.

A l'auscultation, on entend des deux côtés une inspiration courte, mais rude et ronflante. A la base, notamment du côté droit, on entend à l'inspiration des râles nombreux, gros et secs. La voix retentit fortement à l'oreille.

Dyspnée considérable.

Accélération du cœur, on ne peut constater s'il y a du souffle.

6 janvier. — L'état de la malade s'améliore brusquement. La peau est encore un peu chaude, la respiration s'effectue bien; à l'auscultation, les symptômes constatés la veille ont à peu près disparu : il ne reste qu'un peu de submatité à peine appréciable. La malade, qui était cyanosée la veille, semblait à peu près revenue à la santé, lorsqu'elle meurt brusquement dans un accès de dyspnée pendant la nuit du 8 janvier.

Autopsie. — Cerveau. — Poids de l'encéphale, 950 gr. Il existe une *atrophie considérable portant sur l'hémisphère droit* qui ne pèse que 322 gr., tandis que le poids de l'hémisphère gauche est de 465 gr. *La différence entre les deux est donc de 143 gr.* Les méninges sont épaissies et les espaces sous-arachnoïdiens remplis par une grande quantité de sérosité qui s'écoule au moment de l'enlèvement du cerveau. L'atrophie est surtout accentuée dans les régions frontale, temporo-sphénoïdale; la portion occipitale ne présente qu'une injection de la pie-mère.

Dans l'hémisphère gauche, les circonvolutions sont saillantes et les saillies très prononcées. L'altération méningée ne dépasse pas la circonvolution frontale ascendante.

Les artères de la base ne présentent pas de plaques athéromateuses; dans cette région les altérations des méninges sont peu sensibles, sauf au niveau de la corne d'Ammon. Les nerfs optiques sont sains.

Pas d'atrophie bien nette de la protubérance; il semble cependant que la pyramide gauche soit un peu plus petite.

La sylviennne droite, à sa naissance, se montre souple, remplie de sang et n'offre pas de trace d'embolie.

Une coupe faite en arrière de la pariétale ascendante droite montre que les circonvolutions mises ainsi en évidence présentent une atrophie très marquée de la substance grise, qui est devenue d'une coloration plus pâle et transparente. La substance blanche, elle-même, et dans tous les points de la capsule, a subi une atrophie, en même temps que sa consistance a augmenté et que sa couleur est devenue plus jaunâtre.

Atrophie et induration de la couche optique qui, en avant, a pris une teinte café au lait prononcée; mais il est à noter que le confluent postérieur de la capsule interne n'est pas le siège d'un ramollissement ni d'une hémorrhagie. Les parois du prolongement du ventricule latéral sont irrégulières et creusées de petites fossettes comme chez les hydrocéphales.

L'hémisphère gauche ne paraît pas présenter d'anomalies de distribution des circonvolutions. La même coupe que sur l'autre hémisphère montre un peu d'atrophie des circonvolutions, mais aucune liaison apparente de la capsule ni de la couche optique.

Cœur. — Volumineux, mais flasque, il pèse 435 grammes. Les cavités droites sont surchargées de graisse; la fibre musculaire est très molle. L'aorte est peu dilatée à son origine. Quand on examine l'orifice aortique, on trouve un rétrécissement très appréciable à l'œil nu; de plus, les valvules sigmoïdes sont extrêmement déformées: leurs bords libres épaissis sont devenus presque rigides et l'une d'entre elles se trouve, par le fait de l'atrophie et de la rétraction de son bord libre, à un niveau apparent inférieur de 5 millim. au niveau occupé par les autres. Audessous des valvules on trouve sur l'endocarde des plaques athéromateuses végétantes, et sur le bord libre des petites végétations framboisées, à peine adhérentes.

L'aorte est épaissie, tomenteuse, ridée comme une vieille pomme et présente une ou deux altérations sur le bord desquelles il y a une calcification incomplète des parois, et des exulcérations très franches. La valvule mitrale paraît intacte à l'œil nu.

L'infundibulum est sain, ainsi que la valvule tricuspide.

Poumon. — Congestion et œdème des sommets.

Rate. — Molle et diffluenté.

Rein gauche. — Volumineux. Poids : 209 grammes.

La capsule est adhérente et entraîne avec elle quelques parcelles. La substance corticale est pâle et amincie en quelques points.

Rein droit. — Moins volumineux. — Poids : 165 grammes, présente aussi des adhérences de la capsule, coloration moins pâle.

Foie. — Un peu volumineux, pas d'altérations macroscopiques, pas de calculs.

Rien aux organes génitaux.

Dans d'autres circonstances, les troubles cérébraux sont consécutifs à des altérations ischémiques de moindre importance, dont quelques-unes se manifestent par des signes tellement rapides et fugaces, qu'ils passent assez souvent inaperçus. Quoi qu'il en soit, les auteurs qui ont reconnu la coexistence d'hémiplégies ischémiques chez des athéromateux probables se demandent si la perte de substance ne peut pas devenir le point de départ de phénomènes inflammatoires méningo-encéphaliques. Telle est l'observation de M. Foville, telle est aussi celle de M^{lle} Dubois.

OBSERVATION XIII

ASILE DE CHALONS. — M. ACH. FOVILLE

Manie avec prédominance du délire des grandeurs chez un ancien hémiplégique.

Délire des grandeurs diffus, incohérent, sans trouble marqué de la motilité chez un ancien hémiplégique à intelligence affaiblie. — Amélioration très rapide. — Sortie au bout de trois mois avec tous les dehors de la guérison.

M. L.-A. P... a été placé dans un établissement d'aliénés le 20 novembre 1867, à l'âge de 50 ans. Son père, qui s'était fait remarquer par la bizarrerie de sa conduite et par son mauvais caractère, est mort subitement à l'âge de 40 ans.

La sœur de M. P... a fait un séjour de plusieurs années dans l'établissement d'aliénés, où il est lui-même placé.

M. P... n'a jamais été bien intelligent; il n'a reçu qu'une éducation primaire. Marié de bonne heure, et établi épicier dans une petite ville des environs de Paris, il n'a jamais fait preuve d'aptitude pour la gestion de ses affaires; sa femme, très capable, au contraire, a toujours mené la maison. En outre, M. P... est porté aux excès de boissons, et malgré l'empire que sa femme exerce sur lui, elle n'a pas toujours réussi à le maintenir dans la sobriété.

A l'âge de 35 ans, il y a 15 ans, par conséquent, M. P... a eu une attaque d'apoplexie avec hémiplegie gauche. Au bout de quelques années, il était à peu près guéri, en ce qui concerne les mouvements; mais son intelligence, déjà défectueuse avant l'accident, était restée notablement affaiblie, et il conservait dans la prononciation une difficulté qui n'existait pas avant son attaque : elle consistait en une sorte de bégaiement accidentel, sans altération dans le timbre de la voix.

Il y a cinq ans, sa fille unique se maria, et dut quitter la ville; cette séparation fut pour M. P... une cause de très vive émotion; il éprouva un premier accès d'aliénation mentale, caractérisé par de la tristesse, du découragement, des idées noires et une

tentative de suicide. Au bout de trois mois environ sans traitement spécial, il put être considéré comme guéri ; il continua à vivre d'une manière très sédentaire, ne voyant guère que les personnes de sa famille, mais aimant toujours trop à boire du vin. On pense que cette mauvaise habitude, trop largement satisfaite, a été la cause des accidents qui se sont produits depuis un mois.

A la suite d'un voyage fait chez sa fille, M. P... donne des signes d'excitation maniaque ; puis éclate un véritable délire, ayant dès le début le caractère grandiose. M. P... ne parle que de ses richesses et de ses dignités ; il a des équipages, il a été envoyé par l'impératrice pour faire des heureux, il se préoccupe surtout de questions de mariage, et il propose à toutes les personnes qu'il voit de leur procurer femmes ou maris.

Le 16 novembre 1867, les accidents redoublent d'intensité. M. P... ne dort plus, fait les plus grandes difficultés pour manger, demande à boire du vin, commet des actes extravagants.

Cet état persistant, et la surveillance à exercer sur lui devenant de plus en plus difficile, il est conduit le 20 dans un asile d'aliénés. Sa famille assure que depuis qu'il est agité et délirant, la difficulté qu'il a à s'exprimer a diminué au lieu d'augmenter.

Le malade se présente, à son entrée, dans un état de grande agitation ; il ne peut rester en place ; il entend continuellement des voix, vocifère lui-même d'une manière décousue ; tous ses propos portent, au plus haut degré, le caractère du délire des grandeurs. Il est chargé de mettre à exécution les décrets de la Providence, il est au-dessus de la nature de l'homme, entre Dieu et l'Empereur, dont il a réglé tous les actes depuis vingt ans ; son intervention va apaiser tous les différends entre les souverains et les peuples ; il possède des richesses immenses, il peut toujours manger et boire ; ce matin il a été à Marseille et en est revenu en un quart d'heure, pour demander la main d'une jeune fille ravissante, etc. Tous ses propos sont entremêlés, diffus, incohérents.

Sa parole ne présente pas l'altération propre à la paralysie générale, mais il y a, par moment, une difficulté à prononcer certaines syllabes, qui se rapprochent du bégaiement. La démarche est régulière, la pression des mains sensiblement égale ;

l'on ne saurait reconnaître, aujourd'hui, les traces de l'ancienne hémiplegie gauche.

Pendant les premiers jours, l'excitation et l'insomnie persistent, mais elles ne tardent pas à diminuer, les actes sont bientôt réguliers, puis M. P... ne parle plus de lui-même, de ses idées de richesses et de grandeurs ; seulement si on lui parle, on voit qu'il conserve une certaine complaisance pour ces souvenirs ; bientôt cette dernière elle-même cesse. Au bout d'un mois, il n'y a plus traces d'hallucination ni de délire ; mais l'intelligence reste affaiblie, la mémoire paraît épuisée ; la motilité reste dans le même état. Pendant les semaines suivantes, l'amélioration persiste et augmente ; les facultés se relèvent peu à peu au niveau qu'elles avaient avant cet accès de délire. M. P... reçoit les membres de sa famille, promet d'éviter, à l'avenir, tout écart de régime et sort, le 16 février, dans un état d'amélioration qui peut être considéré comme constituant une guérison relative.

Remarques. — Au moment de son admission, et alors que nous ne connaissions pas encore les détails de ses antécédents, M. P. nous a frappé par deux circonstances liées à son état d'excitation maniaque :

1° La nature de son délire des grandeurs diffus, incohérent, universel, prenant occasion d'un mot prononcé au hasard pour imaginer de nouvelles preuves de sa richesse, de son pouvoir ; ne reculant devant aucune contradiction, aucune énormité. Ce délire présentait, en un mot, les caractères de celui qui est si fréquent dans les périodes maniaques expansives de la paralysie générale ;

2° L'intégrité de la motilité et le genre d'altération de la parole, qui ne ressemblait en rien à celle des aliénés paralytiques, et paraissait plutôt attribuable à un vice de conformation ; nous fîmes donc, dès le premier abord, des réserves pour le diagnostic et le pronostic.

La connaissance des antécédents nous confirma dans l'opportunité de ces réserves ; la question restait douteuse. La marche ultérieure de la maladie est-elle de nature à lever tous ces doutes ? C'est ce qu'il reste à examiner.

En résumé, un homme à prédispositions cérébrales fâcheuses, à intelligence peu développée, resté amoindri, au physique et au moral, à la suite d'une attaque d'apoplexie ancienne et se livrant

volontiers à des excès de boissons, a éprouvé, il y a cinq ans, en se séparant de sa fille unique, un accès d'aliénation à forme mélancolique, et s'est rétabli au bout de trois mois.

Il y a un mois, très probablement sous l'influence de nouvelles libations, réapparition du délire, ayant cette fois la forme maniaque ambitieuse, diffuse et incohérente des paralytiques, mais sans altération notable de la motilité. Conduit dans un asile et traité en vue de son excitation maniaque, M. P... se calme promptement; au bout d'un mois le délire a disparu. Au bout de trois mois, M. P... sort et paraît revenu entièrement à son état antérieur.

Avons-nous assisté à un accès d'aliénation à forme maniaque, isolé et indépendant, comparable à l'accès à forme mélancolique qui avait éclaté il y a cinq ans? ou, au contraire, est-ce le premier acte d'un drame pathologique destiné à traverser toutes les phases de la démence paralytique, et l'amélioration si prompte et si complète (relativement à l'état antérieur) n'est-elle qu'une des rémissions ordinaires dans le cours de cette maladie?

Entre ces deux opinions, nous avouons ne pas oser nous prononcer d'une manière trop affirmative; mais nous nous sentons disposés à pencher pour la première, et à attribuer les derniers accidents à un travail congestif temporaire, qui s'est fait autour de l'ancienne cicatrice, plutôt qu'à une dégénérescence de toute la surface des hémisphères. Si cette manière de voir est exacte, ici encore, les caractères du délire des grandeurs, dans le cours d'un accès de manie simple, auront été identiques à ce qui se voit dans la folie paralytique.

OBSERVATION XIV (1)

Démence avec délire des grandeurs et divers troubles de la motilité. — Mort. — Autopsie : foyers de ramollissement ; adhérences corticales ; granulations épendymaires.

Il s'agit d'une femme âgée de 60 ans, entrée à l'asile de Marseille, en décembre 1873, atteinte de démence avec affaiblissement

(1) Cullere. Mémoire, *Ann. méd. psychol.*, 1882.

prononcé des facultés intellectuelles, délire des grandeurs et des richesses (tout lui appartient ; elle bâtit toutes les maisons et les palais, etc.) et quelques légers symptômes de paralysie générale, notamment du tremblement des mains, de l'affaissement musculaire à gauche et dans les deux membres inférieurs, inégalité pupillaire et somnolence.

Aucune note sur cette malade jusqu'à mon arrivée à l'asile. En octobre 1879, je constate les faits suivants :

Pupille gauche plus dilatée que la droite, anesthésie complète de la peau, hésitation de la parole, tremblement de la langue, gâtisme. La jambe droite, fracturée il y a dix-huit mois, s'est consolidée d'une façon vicieuse et force la malade à rester au lit ; cependant il n'y a pas de paralysie des membres inférieurs. On m'apprend qu'elle a eu autrefois de nombreuses attaques congestives, mais que depuis dix-huit mois elle n'en a pas eu. Cette malade est dans la démence la plus complète. Elle dit qu'elle a seize ans, rit, parle seule, se montre très satisfaite ; la nuit, elle s'agite et se lève, dérangeant les autres malades couchées.

Le 13 décembre, elle succombe par suite d'un engorgement bronchique avec symptômes d'asphyxie. La veille elle se promenait encore dans le dortoir.

Autopsie. — Sinus gorgés de sang. Quantité énorme de sérosité sous l'arachnoïde et dans les ventricules, circonvolutions atrophiées, séparées les unes des autres par de véritables canaux gorgés de sérosité.

Athérôme du tronc basilaire et des deux artères cérébrales postérieures. Les artères de la convexité présentent également quelques points d'athérôme.

Granulations épendymaires sur les parois des ventricules, principalement dans le quatrième, au niveau du calamus.

Les deux hémisphères, à leur partie antérieure, sont fortement adhérents l'un à l'autre.

Hémisphère gauche : au point de jonction des frontale et pariétale ascendantes, le long de la grande scissure, adhérence de la dure-mère à la pie-mère. La substance grise sous-jacente présente dans son épaisseur et à sa surface quelques granulations jaunâtres.

Hémisphère droit : légères adhérences de la pie-mère en quelques points circonscrits du lobe frontal : pied de la troisième

frontale, partie moyenne de la frontale ascendante, première temporale et quelques autres points.

Un foyer de ramollissement jaune occupe tout le lobule du pli courbe, la moitié supérieure de la circonvolution du pli courbe et la moitié postérieure de la première temporale.

Tout fait supposer que chez cette malade il s'est produit à un certain moment une poussée de méningo-encéphalite qui s'est éteinte par la suite, laissant la place libre aux lésions envahissantes de l'athérôme et de la sénilité.

Au début, en effet, les symptômes classiques de la paralysie générale sont tous présents; puis, la démence faisant des progrès, le délire s'éteint et les désordres séniles deviennent prédominants. Le ramollissement de la région du pli courbe droit a-t-il déterminé à un certain moment des troubles de la vision? C'est ce qu'il est impossible de dire. De tels phénomènes peuvent très bien passer inaperçus chez un dément avancé.

OBSERVATION XV

Pseudo-paralysie générale sénile. — Abolition de l'intelligence et de la mémoire. — Dilatation inégale des pupilles. — Tremblement considérable de la parole. — Tremblement des lèvres et de la langue. — Abolition de la sensibilité. — Mort.

Duchêne, Jeannette, âgée de 59 ans, est amenée, le 13 mars 1884, de l'Hôtel-Dieu de Lyon à l'Asile de Bron, accompagnée du certificat médical suivant :

« Je soussigné, médecin titulaire du grand Hôtel-Dieu de Lyon, certifie que la nommée Duchêne, Jeannette, âgée de 59 ans, actuellement dans mon service, est atteinte d'aliénation mentale à forme de démence caractérisée par l'incohérence des idées et du langage. De plus, inconsciente de ses actes, elle a de la tendance au vol. Un jour, elle a pris des allumettes et a cherché à mettre le feu.

Elle est donc dangereuse pour la sécurité publique... » etc.

Lyon, 22 février 1884.

Signé : D^r CLÉMENT.

CERTIFICAT DE QUINZAINE. — « Est atteinte de démence et doit être retenue. »

Bron, 28 mars 1884.

Signé : D^r PIERRET.

Cette malade étant amenée de l'Hôtel-Dieu, l'observation médicale n'a pu recueillir aucun renseignement sur ses antécédents, soit héréditaires, soit personnels. De plus, elle est dans un état de démence telle qu'il est impossible d'obtenir d'elle une réponse intelligible.

Actuellement (10 avril 1884), on constate :

La station debout et la marche étant très difficiles, la malade reste ordinairement dans le décubitus dorsal et dans une immobilité presque constante.

Facies. — Duchêne tient le plus généralement ses paupières dans une sorte de demi-occlusion et ébauche un vague sourire, qui donne à sa physionomie un air de satisfaction béate. Les yeux, assez mobiles, présentent un léger strabisme à droite. La commissure labiale paraît un peu déviée à gauche ; cette déviation s'accroît quand la malade ouvre la bouche. Sur la joue droite, à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'œil, on trouve une cicatrice très marquée, demi-circulaire, sur l'origine de laquelle nous ne pouvons rien apprendre. Hypertrophie légère du corps thyroïde. Pas de trace de scrofule ni de syphilis. Notons à l'extrémité inférieure et antérieure des deux jambes deux vastes ulcères variqueux d'égale dimension.

Tremblement considérable de la parole, qui est hésitante, scandée. Les lèvres ne présentent pas de tremblement fibrillaire, mais un tremblement grossier, appréciable seulement quand on fait parler la malade. La langue, projetée hors de la bouche, offre un tremblement plus fibrillaire que celui des lèvres, mais pas de déviation.

La marche est lente, difficile ; Duchêne est obligée de s'appuyer aux objets environnants et marche les jambes écartées, à la façon des ataxiques. Abandonnée à elle-même, elle reste hésitante, étend les mains comme pour s'accrocher à quelque appui et perd facilement l'équilibre. Le rapprochement des talons est absolument impossible.

Notons encore, pour le pied gauche, que la malade s'appuie exclusivement sur le bord externe de ce pied, le bord interne

étant fortement relevé; mais cette particularité paraît due à un chevauchement du second orteil sur le premier qui est dévié en bas et en dehors.

La force musculaire est légèrement affaiblie dans les membres supérieurs; quant aux membres inférieurs, la malade peut à peine les élever de quelques centimètres au-dessus du lit.

La pupille droite est notablement plus dilatée que la gauche, aucune des deux ne réagit à la lumière.

La sensibilité est absolument abolie aux membres supérieurs, à la face dorsale des mains, des deux côtés de la face et aux membres inférieurs. Une aiguille enfoncée dans le bras n'amène pas le moindre signe de douleur. Faisons exception pour la paume des mains et la plante des pieds, où la piqure est un peu mieux sentie.

Les réflexes rotuliens sont conservés.

Rien au poumon.

Au cœur, rien à l'auscultation de la pointe. A la base, on entend sur le bord droit du sternum un bruit de souffle râpeux, à timbre métallique, au second temps.

Au point de vue intellectuel, abolition à peu près complète de la mémoire. La malade ne répond aux questions qu'on lui pose que par quelques phrases habituellement les mêmes et le plus souvent inintelligibles : « oh..., oui..., j'aurai des amis... » Et encore arrive-t-elle avec la plus grande peine à la fin de sa phrase. Elle comprend cependant les ordres qu'on lui donne.

N'est pas gâteuse.

Au commencement de mai, la malade devient agitée, trouble le repos de la salle par ses cris; on doit la transporter à l'infirmerie des agitées, où elle meurt, dit le certificat médical, « dans le coma apoplectique, par suite d'hémorrhagie encéphalique dans le cours d'une démence. »

29 mai 1884.

Signé : D^r PIERRET.

L'autopsie n'a pu être faite.

Nous ne voulons pas entreprendre un diagnostic différentiel entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale athéromateuse. Les observations sur lesquelles nous pourrions nous appuyer ne sont pas encore assez nombreuses. Nous avons voulu seulement, en les réunissant dans ce travail, montrer une fois de plus combien le diagnostic de la paralysie générale authentique est hérissé de difficultés.

Ajoutons que la pseudo-paralysie athéromateuse est jusqu'à un certain point curable, lorsqu'elle se montre chez des sujets d'un âge peu avancé. Ainsi M. Voisin, dans ses cliniques, se loue du traitement par les alcalins et l'iodure de potassium, à doses faibles, mais longtemps continuées.

CONCLUSION

La paralysie générale, telle qu'elle est décrite dans les auteurs classiques, n'est pas une entité mais un groupe morbide.

Cette notion est d'une grande importance pour le praticien qui, dans ce groupe encore incomplètement défini, peut reconnaître et distraire quelques formes dont le pronostic est moins désolant que celui de la pseudo-entité paralysie générale.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président de Thèse,

PIERRET.

Le Doyen,

LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 27 juin 1884.

Le Recteur,

EM. CHARLES.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissu conjonctif et ses variétés.

Physiologie. — Phénomènes chimiques de la respiration. — Evaporation pulmonaire.

Physique. — Propriétés physiques des muscles et mécanique des organes de la locomotion.

Chimie. — De l'urée. — Composition. — Synthèse. — Propriétés. — Dosage dans l'urine.

Zoologie et anatomie comparée. — Spongiaires. — Organisation. — Propriétés.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes de salsepareilles. — Structure et fonctions des racines.

Pathologie externe. — Des tumeurs irritables et des tumeurs douloureuses.

Pathologie interne. — Des angines.

Thérapeutique. — Du mercure.

Hygiène. — De l'asphyxie par le froid.

Accouchements. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Pathologie générale. — Définition de l'espèce morbide.

Ophthalmologie. — Existe-t-il un centre des mouvements de l'œil ? Où est-il placé ?

Médecine opératoire. — De la ligature des artères.

Anatomie. — Des aponévroses du cou.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Du chancre infectant.

Anatomie pathologique. — Des ulcérations en général.

Médecine légale. — Des signes de la macération du fœtus dans l'utérus.

Médecine expérimentale et comparée. — Du mode de production de la pustule maligne.

Cliniques médicales. — Des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde. — Diagnostic et traitement de l'asystolie.

Clinique des maladies mentales. — Des paralysies générales.

Cliniques chirurgicales. — Des pseudarthroses et des diverses causes qui s'opposent à la formation du cal. — Des fractures de la colonne vertébrale.

